

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1966 - N° 218

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉVOLUTION LOINTAINE
DE L'ULCÈRE
GASTRODUODÉNAL**

à propos de 421 observations, avec un recul de plus de 10 ans

(Travail de la Clinique Médicale A. Professeur M. LEVRAT)



THÈSE

présentée à la

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 19 Décembre 1966

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

LOUIS DESCOS

NÉ LE 20 FÉVRIER 1937

A SAINT-ÉTIENNE (LOIRE)

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE L'ÉVOLUTION LOINTAINE
DE L'ULCÈRE GASTRODUODÉNAL**

à propos de 421 observations, avec un recul de plus de 10 ans

(Travail de la Clinique Médicale A. Professeur M. LEVRAT)



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

ANNÉE 1966 - N° 218

**CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
DE
L'ÉVOLUTION LOINTAINE
DE L'ULCÈRE
GASTRODUODÉNAL**

à propos de 421 observations, avec un recul de plus de 10 ans

(Travail de la Clinique Médicale A. Professeur M. LEVRAT)



THÈSE

présentée à la
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON
et soutenue publiquement le 19 Décembre 1966
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

LOUIS DESCOS

NÉ LE 20 FÉVRIER 1937
A SAINT-ÉTIENNE (LOIRE)



FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LYON

PERSONNEL DE LA FACULTE

DOYENS HONORAIRES

M. J. LEPINE, Membre de l'Institut — M. H. HERMANN, Correspondant de l'Institut

DOYEN : M. J.F. CIER

ASSESEURS : MM. M. LEVRAT - J. DORCHE

CONSEILLER ADMINISTRATIF : M. H. PRUVOST

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PATEL, LEPINE, TRILLAT, GARIN, GATE, MARTIN, GABRIELLE, SANTY, DUCLOS, GUILLEMINET, HERMANN, ROCHET, POLLOSSON, ENSELMÉ, WERTHEIMER, SARROUY

PROFESSEURS

MM. CIBERT	Clinique Urologique
PONTHUS	Physique Biologique
(détaché à Beyrouth)	
CHAMBON	Chimie Organique et Toxicologie
PAUPERT-RAVAULT F.	Clinique médicale B
FROMENT	Clinique et Prophylaxie cardio-vasculaires
CROIZAT	Clinique médicale C
MALLET-GUY	Clinique chirurgicale A
REVOL	Pharmacie galénique
PIGEAUD	Clinique obstétricale
BOURRET	Médecine du Travail
LEVRAT	Clinique médicale A
SOHIER	Bactériologie
NETIEN	Botanique et cryptogamie
BERTRAND	Clinique chirurgicale C
BADINAND	Chimie analytique pharmaceutique
DREVON	Pharmacie chimique et Pharmacologie
ROCHE	Médecine légale et Déontologie
COUDERT	Parasitologie et Pathologie exotique
MOUNIER-KUHN P.	Clinique d'Oto-Rhino-Laryngologie et d'Audiophonologie
PAUFIQUE	Clinique Ophtalmologique
THIERS	Clinique de Dermatologie, Syphiligraphie et Allergologie
BRUN	Clinique de Pneumophtisiologie
CREYSSEL J.	Clinique chirurgicale orthopédique et traumatologique
DARGENT	Clinique carcinologique
BERGER (1)	Physique nucléaire appliquée à la Médecine
GUICHARD	Anatomie pathologique
GIRARD P.	Pathologie générale et expérimentale
GIRARD M.	Clinique médicale D
LATARJET	Anatomie
PEYCELON	Clinique chirurgicale B
VACHON	Pathologie médicale
GALY	Physio-pathologie des voies respiratoires
PAPILLON	Radiologie
JEUNE	Clinique médicale infantile et Hygiène du premier âge
GONIN	Thérapeutique
MONNET	Clinique médicale infantile B
CHATONNET	Physiologie B
GUINET	Clinique endocrinologique
COLLET (1)	Chimie générale et pharmaceutique
TRILLAT	Clinique de Chirurgie orthopédique
FREIDEL	Clinique stomatologique
MARION	Clinique de Chirurgie et d'Orthopédie infantiles
DORCHE	Matière médicale et Législation pharmaceutique
MANSUY (1)	Neurochirurgie
REVOL (1)	Hématologie
LECUIRE (1)	Neurochirurgie
LIARAS (1)	Clinique chirurgicale propédeutique
PERROT	Chimie
CIER J.F.	Physiologie A
PERRIN	Thérapeutique chirurgicale et Chirurgie opératoire
GOINARD (1)	Clinique thérapeutique chirurgicale et chirurgie expérimentale

MM. MICHAUD	Clinique de Chirurgie cardiaque	CIER A.	Pharmacodynamie
PONT (1)	Médecine générale	COLOBERT	Chimie biologique et médicale
TRAEGER (1)	Pathologie métabolique et rénale	X...	Pathologie chirurgicale
MATHIEU	Clinique gynécologique	X...	Clinique Neuro-psychiatrique et
FAUCON	Biologie médicale et Pharmacodynamie	X...	d'Hygiène mentale
BERTOYE	Clinique des Maladies infectieuses	X...	Physiologie et Pathologie obstétricales
VIGNON	Hydrologie thérapeutique, climatologie et Ecologie sociale	X...	Hygiène et Action sanitaire et sociale
VINCENT	Biochimie appliquée		

(1) Professeurs à titre personnel.

PROFESSEURS SANS CHAIRE

MM. ROMAN	Parasitologie	DESPIERRES	Médecine générale
FEROLDI	Anatomie pathologique	GARIN	Parasitologie
MORET	Physique biologique	TOLOT	Médecine du Travail
ODDOUX	Botanique et cryptogamie	THIVOLET	Hygiène
DE SOLLIERS	Chimie analytique	MALLEIN	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES TITULAIRES

MM. CREYSSEL R.	Chimie biologique	MARET	Chirurgie générale
PINET	Electro-radiologie	VIALLIER-RAYNARD	Bactériologie
GUYOTAT	Neuro-psychiatrie	CHOLLAT	Electro-radiologie
DESCOTES	Chirurgie générale	FLEURETTE	Bactériologie
JOUVET	Pathologie expérimentale	FLANDROIS	Physiologie
PEYRIN	Physique biologique	MOREL	Hématologie
TOMMASI	Anatomie pathologique	TERMET	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
BUFFARD	Electro-radiologie	FREDERICH	Pharmacologie
LEJEUNE	Médecine générale et thérapeutiq.	DAUDET	Chirurgie infantile
DE MOURGUES Fr.	Stomatologie	BRUNE	Médecine générale et thérapeutiq.
NAUSSAC	Maladies infectieuses	LOMBARD-PLATET	Chirurgie générale
REBOUILLAT	Chirurgie générale	BOUVIER	Rhumatologie
ROMAGNY	Pédiatrie	FREYCON	Pédiatrie
DELAHAYE	Médecine générale	LAPRAS	Neuro-chirurgie
DELEUZE	Anesthésiologie	PELLET	Physiologie
GIRAUD	Electro-radiologie diagnostique et thérapeutique	DUQUESNEL	Electroradiologie
MICHEL	Anesthésiologie	DEJOUR	Orthopédie et Traumatologie
FRANCOIS	Pédiatrie et Puériculture	MOULIN	Dermato-Vénérologie
MICHOULIER	Chirurgie générale	PERRIN-FAYOLLE	Pneumo-phthisiologie
COLOMB	Dermatologie	PALIARD	Médecine générale et thérapeutiq.
LAMBERT	Médecine générale	MORGON	O. R. L.
FRIES	Médecine générale	PAUPERT-RAV. M.	Ophtalmologie
GILLY	Pédiatrie	MOTIN	Anesthésiologie
ROBERT	Médecine générale	PASQUIER	Médecine générale et thérapeutiq.
BOUCHET	Anatomie	VAUZELLE	Anatomie pathologique
BETHENOD	Pédiatrie	CZYBA	Histologie et Embryologie
GERMAIN	Immunologie, sérologie, hématologie	CABANAC	Physiologie
KALB	Pneumo-phthisiologie	TOURAINÉ	Pneumo-phthisiologie
LARBRE	Pédiatrie	BEL	Médecine générale et thérapeutiq.
SOUSTELLE	Chirurgie générale	CHARVET	Gynécologie obstétrique
VIALA	Médecine générale	MAYER	Cancérologie
VINCENT	Bactériologie, parasitologie, virologie	SISTERON	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GIROD	Histologie et embryologie	BRAILLON	Anatomie et Chirurgie générale
GRAS	Chimie biologique	VILLIERS	Chirurgie générale
COLIN	Médecine légale	LOUISOT	Chimie biologique
BERTRAND	Chimie biologique	COURJON	Neuro-psychiatrie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES STAGIAIRES

MM. FAVRE-GILLY	Hématologie	ROLLET	Pharmacie galénique
RIFFAT	Hygiène	BIZOLLON	Physique

AGREGES EN EXERCICE

MM. BONAMOUR	Ophtalmologie	FAYSSE	Orthopédie
FRANCILLON	Chirurgie générale	GAILLARD	Oto-rhino-laryngologie
NOTTER	Gynécologie obstétricale	PERRIN André	Médecine générale
DE MOURGUES G.	Chirurgie générale	NORMAND	Médecine générale
DUMONT Martial	Obstétrique	MOUNIER-KUHN A.	Chirurgie générale
SCHOTT	Neuro-Psychiatrie	MORNEX	Médecine générale
DEVIC	Médecine générale	CHASSARD	Electro-radiologie
SAUBIER	Chirurgie générale	GARMIER	Obstétrique
DURAND	Urologie	DUMAS	Stomatologie
HUGONNIER	Ophtalmologie	SCHNEPP	Orthopédie
ALLEGRE	Neuro-chirurgie	NOEL	Médecine générale
GARDE	Médecine générale		

EXAMINATEURS DE LA THESE

Président : M. le Professeur LEVRAT.

Assesseurs : MM. L. REVOL, R. LAMBERT, J. PASQUIER.

Ce travail est dédié :

A MES PARENTS

A MA FEMME

A VALERIE ET CATHERINE

A LA MEMOIRE DE MES BEAUX-PARENTS

A TOUS LES MIENS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MARCEL LEVRAT

Au cours d'un semestre inoubliable passé dans son service nous avons été séduit par son attirante personnalité.

L'étendue de sa culture médicale, la sûreté de son sens clinique, la clarté de son enseignement ont conquis notre admiration. Sa bienveillante simplicité, sa grande bonté envers tous, achèvent d'en faire un maître très attachant.

Il nous a fait l'honneur de nous confier un sujet qui l'intéressait particulièrement. Pour sa réalisation, il nous apporta toute son aide. Nous l'en remercions vivement et espérons ne pas l'avoir trop déçu.

C'est avec joie que nous travaillerons prochainement à ses côtés puisqu'il a bien voulu nous compter parmi ses élèves.

Qu'il soit assuré de notre gratitude, de notre respectueux et fidèle attachement.

A NOS MAITRES ET JUGES

MONSIEUR LE PROFESSEUR LOUIS REVOL

Nous gardons de notre passage dans son service un ineffaçable souvenir. Là où le tragique pourrait être quotidien, sa haute compétence, sa compassion sincère, sa bonté infinie, sa simplicité exquise apportent espérance et réconfort.

Nous le remercions de la bienveillance qu'il nous a toujours témoignée et de l'honneur qu'il nous fait en acceptant de juger ce travail.

Qu'il soit assuré de toute notre reconnaissance et de notre profond respect.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ RENÉ LAMBERT

Nous ne saurions dire qui nous préférons, du chercheur imaginatif et tenace, de l'organisateur méthodique et clairvoyant, du chef d'équipe simple et bon, dont l'enthousiasme convainc irrésistiblement.

Sensible à la confiance qu'il nous a accordée pendant les deux années où nous avons eu le privilège de travailler dans son laboratoire, nous sommes heureux de lui dire ici notre admiration, notre reconnaissance, notre amitié et notre durable attachement.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ JEAN PASQUIER

Il fut notre guide dès nos premiers pas en médecine. Il demeure notre modèle. Que sa modestie ne souffre pas d'entendre ici l'admiration sans réserve que nous avons pour lui.

Séduit par la limpidité magique de son enseignement, nous avons été définitivement conquis par ses qualités d'homme et de médecin.

Autant que la distinction de son esprit ouvert à tous les domaines de la connaissance, autant que l'aisance étonnante avec laquelle il résout les problèmes les plus ardues, nous apprécions son dynamisme, sa simplicité, sa délicatesse.

Pour ce que nous lui devons depuis toujours en médecine, pour l'aide précieuse qu'il nous apporta dans l'élaboration de ce travail, nous lui exprimons notre infinie reconnaissance. Qu'il soit assuré de notre affection et de notre amitié fidèle.

A NOS MAITRES DANS LES HOPITAUX

Externat :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. DESJACQUES
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CH. GODINOT
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. PEYCELON
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. CREYSSSEL
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ G. DE MOURGUES
MONSIEUR LE DOCTEUR E. ROCHET
MONSIEUR LE DOCTEUR P. LAGEZE
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. GALY
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ H. NAUSSAC

Internat :

MONSIEUR LE DOCTEUR CH. CHASSAGNON
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ M. GIRAUD
MONSIEUR LE DOCTEUR P. BRET
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. THIERS
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ D. COLOMBE
MONSIEUR LE PROFESSEUR G. VIGNON
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. REVOL
MONSIEUR LE PROFESSEUR P. CROIZAT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J.-J. VIALA
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. DECHAUME
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ B. SCHOTT
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. LEVRAT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. BRETTE
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ R. LAMBERT
MONSIEUR LE PROFESSEUR R. FROMENT
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ A. PERRIN
MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ J. NORMAND

A NOS CONFERENCIERS
D'EXTERNAT ET D'INTERNAT

MESSIEURS LES DOCTEURS J. PASQUIER, A. CHASSARD,
P. MOLLARD, J. BOULLIER, J. CHABAL

A NOS CONFERENCIERS DE MEDICAT

MESSIEURS LES DOCTEURS CH. CHASSAGNON, J.-P. DELAHAYE,
D. FRIES, R. LAMBERT, E. LEJEUNE, R. MORNEX,
J. ROBERT, J. THIVOLLET, J.-J. VIALA

AU PROFESSEUR AGRÉGÉ E. LEJEUNE

Nous lui sommes reconnaissant de la bien-
veillance qu'il nous a toujours témoignée.

Qu'il sache toute notre respectueuse amitié.

AUX DOCTEURS F. BOTHER, CH. BOURRAT, F. BRUN,
R. LOIRE, G. MOULIN, B. MOULINIER, A. SAINT-PIERRE

En reconnaissance de tout ce qu'ils nous ont
si aimablement appris.

A TOUTE L'ÉQUIPE DU LABORATOIRE DE RECHERCHE
DE PHYSIOPATHOLOGIE DIGESTIVE DU PAVILLON H.

AU RÉVÉREND-PÈRE CHARIGNON

A TOUS MES AMIS

INTRODUCTION

A une époque où les thérapeutiques médicales et chirurgicales sont en constants progrès, il est salulaire de confronter les résultats obtenus avec ce qu'aurait pu devenir la maladie livrée à son propre cours. Seule une telle comparaison, effectuée sur un laps de temps suffisamment long, devrait permettre de porter un jugement sur une thérapeutique.

Cette étude s'avère évidemment plus difficile lorsque cette maladie peut spontanément évoluer de façon discontinue pendant de nombreuses années, comme la maladie ulcéreuse. La plupart des travaux cliniques qui lui sont consacrés concernent son étiologie, sa traduction radiologique, ses complications, ou le devenir des sujets opérés, tandis que les bilans comparatifs des cas non opérés et des cas opérés, établis à la lumière d'un long recul, demeurent rares.

Une longue pratique médicale a conduit certains gastro-entérologues à se demander avec quelle fréquence les ulcéreux voyaient leur maladie s'estomper au fil des ans et même disparaître complètement. Cette opinion méritait d'être chiffrée. Il importe en effet de savoir si une guérison sans doute lointaine mais certaine et obtenue sans encombre peut être promise à la majorité des ulcéreux ou si un dénouement heureux n'est réservé qu'à une minorité d'entre eux : la réponse à cette question devrait figurer à côté des critères classiques qui déterminent une attitude plus ou moins chirurgicale en face de tel ou tel malade, compte tenu des résultats donnés par la chirurgie.

Nous essayerons de répondre dans le travail présent en nous appuyant sur l'étude de 421 malades suivis au minimum dix ans. Il nous aurait été toutefois impossible de brosser une évolution spontanée objective de la maladie ulcéreuse à partir des seules observations d'un service hospitalier : l'hôpital ras-

semble les cas les plus sévères, les plus rebelles, les plus riches en complications. Une étude limitée à cette population nous aurait conduit à des conclusions a priori trop pessimistes. En nous autorisant à joindre aux observations de son service de 1943 à 1956, celles de sa clientèle privée pendant la même période, le Professeur LEVRAT nous a permis de saisir de plus près la réalité, d'entrevoir avec plus d'exactitude ce qu'est habituellement l'évolution spontanée de la maladie ulcéreuse.

Après avoir exposé notre méthode de travail nous détaillerons le profil évolutif de l'ulcèregastroduodénal et comparerons l'avenir éloigné des malades opérés et non opérés en nous efforçant de dégager les facteurs capables de peser sur le pronostic dès les premières années de la maladie.



CHAPITRE PREMIER

METHODE DE TRAVAIL

Nous nous sommes donné pour but de recueillir pendant l'année 1966 le plus grand nombre de renseignements précis sur les malades traités pour un ulcère gastroduodénal dans le service du Professeur LEVRAT, ou vus par lui en consultation privée, de 1943 au 1^{er} janvier 1956.

1. *Pour tous ces malades, le diagnostic d'ulcère gastroduodénal était certain ou très probable.* Le plus souvent l'image d'une niche confirmait un diagnostic déjà fermement établi sur les données de la clinique. Dans quelques cas, cependant, l'examen radiologique demeura négatif malgré la pureté de la symptomatologie. Certes, la technique radiologique, les premières années, ne procurait pas de films de lecture aussi aisée qu'actuellement ; certains clichés furent pratiqués en fin de poussée douloureuse ; néanmoins, dans quelques observations, il ne fut jamais possible de mettre en évidence une niche ni la moindre déformation. Nous avons retenu ces rares dossiers lorsqu'un faisceau d'arguments permettait de juger l'ulcère très probable ; arguments étiologiques : présence d'ulcéreux dans la famille ; arguments cliniques : douleur typique, d'horaire fixe, de périodicité franche, survenue d'une hémorragie digestive. D'autres malades enfin, confiés au chirurgien avec le diagnostic de cancer gastrique possible du fait d'une séméiologie atypique et d'une radiographie suspecte, ont vu leur diagnostic se préciser grâce à l'anatomopathologie qui affirmait l'ulcère. Ces malades, dont l'évolution ultérieure confirma le jugement optimiste de l'anatomopathologie, figurent évidemment dans le nombre des ulcères certains. Par contre, toutes les niches qui se sont révélées cancéreuses ont été éliminées.

Au total, il s'agit d'un groupe de malades très homogène. Tous furent examinés par le même clinicien ou par ses plus

proches collaborateurs : chacun d'eux avait de la maladie ulcéreuse une conception identique.

2. *Les renseignements qui ont permis d'établir notre bilan éloigné proviennent de sources variées.* Nous aurions désiré interroger personnellement tous les malades : cette technique directe supprime les malentendus ; elle permet de diriger l'interrogatoire en fonction de la psychologie du sujet (inconsciemment certains patients minimisent les faits, d'autres les majorent) ; elle donne la possibilité de préciser les points de détail. Nous avons pu revoir certains d'entre eux, personnellement, mais nous n'avions pas le temps d'envisager une visite à domicile de chacun d'eux.

Aussi nous avons choisi d'adresser un *questionnaire* à tous les malades hospitalisés de 1943 à 1956, exception faite des sujets d'origine nord-africaine (72), en raison de leur mauvaise pratique de la langue française et de leurs fréquents changements d'adresse. Une *convocation* destinée à ceux qui acceptaient de se présenter à l'hôpital fut jointe au questionnaire. Considérant le questionnaire comme la base essentielle de notre travail, nous avons cherché à le faire simple et aussi précis que possible : le plus souvent un simple « oui » ou « non » était réclamé. Pour les cas délicats il était conseillé à l'intéressé de se faire éventuellement aider par son médecin traitant dans la rédaction de sa réponse. Nous voulions avant tout rassembler des renseignements précis sur les points suivants : existence d'ulcère chez les ascendants, les collatéraux ou les descendants (puisque par définition nos malades avaient tous un certain âge) ; mode évolutif de la symptomatologie douloureuse ; apparition ou non de complications ; nécessité d'une intervention ; retentissement de la maladie ulcéreuse sur l'état général et sur la vie professionnelle ; opinion du malade sur l'état actuel de sa maladie.

Voici le texte exact de ce questionnaire :

Nom : Prénom : Age :
Profession :
Adresse :

I. — Y a-t-il d'autres cas d'ulcère d'estomac dans votre famille ? Oui - Non.
(soulignez la mention correspondant à votre cas).

Si oui, qui a présenté un ulcère dans votre famille ? :

- grand-parent paternel,
- grand-parent maternel,
- père,
- mère,
- frère, sœur,
- enfant,
- oncle, tante paternels,
- oncle, tante maternels,
- cousin germain.

II. — Depuis votre dernière hospitalisation (ou votre dernière consultation) dans le service, avez-vous présenté, par période, des douleurs de l'estomac ? : Oui - Non ;

- des brûlures : Oui - Non ;
- des vomissements : Oui - Non ;

Si oui : combien de périodes douloureuses présentez-vous en moyenne chaque année et quelle est leur durée habituelle ?

Quelle est la date de la dernière période douloureuse ?

III. — Prenez-vous encore des médicaments pour votre estomac ? Oui - Non.

- bismuth : Oui - Non.
- atropine, probanthine, antal, piptal, immétropan ;
- Autres médicaments ?

Suivez-vous un régime ? : Oui - Non.

Evitez-vous le vin et les alcools ? : Oui - Non.

IV. — Vous est-il arrivé de vomir du sang — ou d'avoir une hémorragie intestinale — en relation avec votre ulcère une ou plusieurs fois ? :
Oui - Non.

— Dates :

Ces hémorragies ont-elles nécessité une ou plusieurs transfusions ? :
Oui - Non.

V. — Avez-vous été opéré de l'estomac une ou plusieurs fois depuis votre dernier séjour dans le service ? : Oui - Non.

Si oui, préciser :

- la date :
- le nom du chirurgien :
- le nom de l'hôpital :
- ou de la clinique :

Cette opération a-t-elle été décidée du fait :

- des douleurs ou des vomissements : Oui - Non ;
- d'une perforation de l'estomac : Oui - Non ;
- d'une hémorragie : Oui - Non ;
- d'une autre raison ? Laquelle ?

Estimez-vous favorable le résultat de l'opération ?

VI. — Depuis l'apparition de votre ulcère, pour quelle autre maladie avez-vous été traité ? :

- tuberculose : Oui - Non ;
- artérite : Oui - Non ;
- autres maladies - à préciser.

VII. — Avez-vous été amené à changer de travail : Oui - Non,
ou à cesser votre travail : Oui - Non,
du fait de votre ulcère ?

VIII. — Vous estimez-vous actuellement guéri de votre ulcère ?

Depuis quand ?

Ou estimez-vous que votre maladie continue ?

IX. — Voyez-vous d'autres particularités à nous dire concernant votre ulcère ?

Un tiers des malades environ a répondu. Un tiers avait changé d'adresse : l'enveloppe envoyée nous revint. Un tiers ne donna pas de réponse. Nous avons essayé de réunir des renseignements sur les malades de ces deux derniers groupes *en écrivant au médecin traitant* chaque fois que cela était possible. Nous avons par ailleurs utilisé les observations de ceux qui, hospitalisés entre 1943 et 1956, avaient été *revus dans le service* au moins dix ans tard à l'occasion d'une hospitalisation ou d'une consultation.

Les malades de clientèle privée reçurent également un questionnaire. Un sur deux environ a répondu. Le Professeur LEVRAT eut l'occasion d'en revoir certains, dix ans ou davantage après la première consultation.

3. Nous devons enfin préciser que *nous avons éliminé un certain nombre de malades* :

— Tous ceux qui, vus la première fois, avaient déjà subi une intervention chirurgicale pour leur ulcère (hormis les perforations traitées par simple suture ou aspiration). Ils représentent environ 7 % du total. En gardant ces malades nous aurions artificiellement accru le nombre des opérés, alors que c'est l'évolution spontanée de l'ulcère qui nous intéresse davantage.

— Certains malades décédés dans les conditions suivantes : ceux qui sont morts rapidement à l'hôpital d'une complication de leur ulcère sans avoir pu donner de renseignements sur l'évolution antérieure de leur maladie ; ceux qui sont morts dix ans ou moins après leur première hospitalisation ou leur première consultation, lorsque le décès n'était pas lié à la maladie ulcéreuse ; tous ceux pour lesquels la cause du décès nous est demeurée inconnue. L'ensemble des observations concernées ici représente environ 6 % du total des observations.

4. Voici comment s'établit *le bilan de notre enquête* :

Le questionnaire a été adressé à 1 201 malades. Cependant, comme nous avons secondairement éliminé :

— les malades déjà opérés : 88,

— les malades décédés dans les conditions ci-dessus précisées : 71,

nous pouvons dire que *l'enquête a porté sur 1 042 malades*.

— 758 malades avaient été hospitalisés (43 malades de clientèle privée, hospitalisés à l'issue de leur première consultation, sont comptés ici). Nous avons obtenu des renseignements sur 272 d'entre eux (35,9 %).

— 284 malades appartenaient à la clientèle privée du Professeur LEVRAT. Nous avons obtenu des renseignements sur 149 d'entre eux (52,5 %).

Nous avons donc retenu 421 observations sur 1 042 (40,4 %).

5. *Quelle est l'origine des renseignements rassemblés ?*

— 55 malades anciennement hospitalisés ont accepté de se présenter au rendez-vous fixé. Nous les avons revus personnellement.

— 243 ont répondu au questionnaire.

— 37 ont été revus à la consultation du service ou par le Professeur LEVRAT.

— Pour 27, le médecin traitant nous a fourni les renseignements.

— Nous avons appris de façon diverse que 59 malades étaient décédés du fait de leur ulcère dans les dix années qui avaient suivi leur première hospitalisation ou leur première consultation.

6. *De quel recul disposons-nous par rapport à la première hospitalisation ou à la première consultation ?*

Nous nous étions fixé un recul de dix ans au minimum, pour les malades vivant encore dix ans plus tard. Avec plus de précision, mis à part les 59 malades décédés du fait de leur ulcère dans les dix premières années, nous possédons des renseignements sur :

244 malades avec un recul de 10 à 14 ans,

93 malades avec un recul de 15 à 19 ans,

25 malades avec un recul de 20 à 24 ans.

Ce recul par rapport au premier examen ne coïncide pas avec la durée totale de la maladie ulcéreuse puisqu'en moyenne les malades ont été hospitalisés pour la première fois 8 ans et 5 mois, ou vus en consultation par le Professeur LEVRAT 9 ans et 6 mois, après le début de leur maladie.

7. *Au terme de l'exposé de notre méthode de travail, nous désirons commenter deux faits.*

— Nous n'ignorons pas que notre enquête rassemble des ulcères en général plus graves que ceux vus habituellement par

un médecin praticien : les malades hospitalisés présentent le plus souvent des ulcères rebelles ou compliqués ; les ulcéreux adressés à un spécialiste posent en principe des problèmes délicats sous l'angle du diagnostic ou de la thérapeutique : ils sont donc eux-mêmes sélectionnés. Il existe sans doute une différence aussi grande entre les malades traités à l'hôpital et ceux qui sont examinés par un spécialiste, qu'entre ces derniers et ceux qui sont suivis par un médecin praticien. Néanmoins, l'introduction dans notre statistique globale d'un contingent important de malades de clientèle privée rendra plus valables les résultats que nous énoncerons.

— D'autre part, nous n'avons pu recueillir des renseignements précis que sur la moitié à peine des malades concernés par l'enquête. Cette sélection forcée oriente vraisemblablement le sens de nos résultats, encore qu'il soit difficile de savoir dans quel sens elle intervient. Des motifs variés expliquent le silence d'une partie de nos patients : certains n'ont pas reçu notre questionnaire pour avoir changé d'adresse ; d'autres sont décédés ; d'autres ont reçu le questionnaire mais n'y ont pas répondu, par négligence ou par rancœur inexpliquée. Cette dernière hypothèse demeure à notre avis la plus rare : beaucoup de malades nous ont répondu, guéris ou non ; tous parurent sensibles à l'attention qu'on leur portait. Aussi pensons-nous que cette cause d'erreur demeure assez minime.



Nous disposons en définitive de 421 dossiers. Quelle physiologie revêtait la maladie ulcéreuse lors du premier examen ? Quels changements sont apparus dix ans plus tard ? Combien ont été confiés au chirurgien d'emblée ou secondairement, et pour quelles raisons ? Quels résultats ont respectivement donné le traitement chirurgical et le traitement médical ?... Autant de problèmes que nous allons maintenant aborder.

CHAPITRE II

EVOLUTION SPONTANEE DE LA MALADIE ULCEREUSE

Dans un premier chapitre nous résumerons quelques données étiologiques et séméiologiques, puis nous décrirons de façon plus détaillée le profil évolutif de la maladie ulcéreuse livrée à son propos cours. Dans le chapitre suivant nous dresserons le bilan de cette évolution en 1966 pour les malades opérés et non opérés. Dans un dernier chapitre nous préciserons notre position thérapeutique actuelle.

Nous ne nous étendrons pas sur les données étiologiques et séméiologiques. Elles sont déjà bien connues et notre but n'était pas de reprendre leur étude. Cependant, la lecture des observations nous a permis de rassembler certains faits intéressants et de les chiffrer. Nous les rapporterons ici brièvement.

A) DONNEES ETIOLOGIQUES

1. Sexe et âge de début.

Sur un total de 421 malades porteurs d'ulcère gastro-duodénal nous comptons :

321 hommes (= 76 %)

100 femmes (= 24 %)

L'âge moyen où débute la maladie ulcéreuse : 40 ans et 4 mois, semble légèrement plus tardif chez la femme : 42 ans et 5 mois, que chez l'homme : 39 ans et 8 mois.

En effet, la maladie ulcéreuse débute :

entre 0 et 9 ans, chez	1 % des femmes,
entre 10 et 19 ans, chez	3,5 % des hommes, 11 % des femmes,
entre 20 et 29 ans, chez	21,5 % des hommes, 8 % des femmes,
entre 30 et 39 ans, chez	23,5 % des hommes, 17 % des femmes,
entre 40 et 49 ans, chez	29,5 % des hommes, 25 % des femmes,
entre 50 et 59 ans, chez	16 % des hommes, 25 % des femmes,
entre 60 et 69 ans, chez	5 % des hommes, 10 % des femmes,
entre 70 et 79 ans, chez	1 % des hommes, 3 % des femmes.

Ainsi, 50 % des hommes et 37 % des femmes voient leur maladie commencer avant 40 ans.

Il convient de préciser que le service hospitalier du Professeur LEVRAT est un service d'adultes. Certains débuts très précoces nous ont donc probablement échappé.

2. Profession exercée.

Comme le mode de vie d'un individu dépend souvent de sa profession, et qu'il peut ne pas être étranger à l'évolution de la maladie ulcéreuse, nous avons distribué nos malades de sexe masculin en quatre catégories en fonction de la profession exercée. Nous distinguons ainsi : les manœuvres et les travailleurs soumis à des travaux physiquement pénibles (mineurs, terrassiers, maçons, ouvriers de la métallurgie...) ; les agriculteurs ; les artisans, les commerçants et les employés ; les cadres. Les pourcentages que nous donnons sont établis à partir de 206 malades hospitalisés et de 103 malades de clientèle privée.

Nous comptons :

— parmi les malades hospitalisés :

51 % de manœuvres,

10 % d'agriculteurs,

31,5 % d'artisans,

7,5 % de cadres ;

— parmi les malades de clientèle privée :

20,5 % de manœuvres,
7,5 % d'agriculteurs,
31 % d'artisans,
41 % de cadres.

Les malades hospitalisés appartiennent donc généralement aux catégories sociales les moins favorisées. Sans doute est-il plus fréquent de rencontrer chez eux des sujets surmenés physiquement, préoccupés par l'avenir, placés dans l'impossibilité plus ou moins absolue de suivre un régime, un traitement, de manger à des heures régulières ou d'observer le repos. Notons que nous ne mentionnons pas ces résultats dans l'espoir d'établir une correspondance d'ordre étiologique entre la profession exercée et la fréquence de la maladie ulcéreuse, mais parce qu'il nous semble exister des relations étroites entre la profession du patient et la manière dont il peut se traiter.

3. Antécédents ulcéreux familiaux.

La pathogénie de la maladie ulcéreuse demeure encore mystérieuse malgré les nombreux travaux consacrés à l'étude des agents capables d'agresser la paroi gastrique et ceux, diamétralement opposés, où l'on recherche une éventuelle diminution de la résistance de la couche muqueuse. En expérimentation animale, d'ailleurs, il n'a jamais été obtenu d'ulcères chroniques [LAMBERT R. (11)].

Certains faits plaident cependant en faveur d'une *détermination génétique* [LEVRAT M. et Coll. (14)]. Il suffit d'interroger les malades avec patience et méthode sur l'existence dans leur famille (ascendants, collatéraux, descendants) d'ulcères gastroduodénaux pour s'en convaincre. Notre enquête nous a permis de recueillir les résultats suivants :

— parmi les 272 malades hospitalisés :

50 possèdent une hérédité ulcéreuse certaine,

43 possèdent une hérédité ulcéreuse probable.

: chez 34,1 % de ces malades l'interrogatoire a donc été positif.

— parmi les 149 malades de clientèle privée :

53 possèdent une hérédité ulcéreuse certaine,
36 possèdent une hérédité ulcéreuse probable.

: chez 59,7 % de ces malades l'interrogatoire a donc été positif.

Au total, l'interrogatoire fut positif chez 182 malades sur 421 (43,2 % des cas). Si nous excluons du nombre total des dossiers 90 observations dans lesquelles nous n'avons pas pu savoir si le malade avait été interrogé ou non sur ce point, le pourcentage des réponses positives atteint 55 %.

Nous parlons d'antécédents ulcéreux « certains » lorsque le diagnostic d'ulcère repose sur une séméiologie typique, une radiologie non douteuse ou des données opératoires formelles. Nous parlons d'antécédents « probables » en l'absence de preuve déterminante. Précisons aussi que 34 malades connaissaient plusieurs cas d'ulcères dans leur famille ; vingt-quatre autres, un cas certain et un ou plusieurs cas probables ; nous n'avons évidemment compté les uns et les autres qu'une seule fois.

Ces résultats objectivent clairement qu'un malade sur deux, environ, connaît un ulcéreux dans sa famille. Ils prouvent aussi qu'un interrogatoire systématiquement orienté dans ce sens, minutieux et répété (certains patients se remémorent leurs antécédents seulement lors d'une nouvelle enquête), augmente considérablement les chances d'obtenir des réponses positives. La différence entre les pourcentages obtenus en milieu hospitalier et ceux qui apparaissent dans la clientèle du Professeur LEVRAT suffit à illustrer ce point. En milieu hospitalier, même dans un service très orienté, il est rare que l'interrogatoire soit conduit avec autant de rigueur et de méthode que dans le calme d'un cabinet privé.

Il existe donc, semble-t-il, une tare transmissible capable de prédisposer certains sujets à l'ulcère gastroduodéal.

4. Antécédents personnels.

Si une tuberculose, un terrain dystonique, sont mentionnés

dans 6 % et 13 % des dossiers, un antécédent prédomine : l'alcoolisme (nous avons retenu l'alcoolisme lorsqu'une consommation supérieure à deux litres de vin par jour était avouée). Nous l'avons rencontré chez un malade sur cinq, de sexe masculin, lors du premier examen (35 % des observations de l'hôpital ; 7 % des observations de clientèle privée). Ces sujets, habituellement non cirrhotiques, furent aussitôt avertis des dangers auxquels les exposerait la poursuite de leur intoxication éthylique. Nous vérifierons plus loin le bien-fondé des conseils prodigués.

B) DONNEES SEMEIOLOGIQUES

Nous nous limiterons à la présentation des données topographiques et à l'étude de quelques points précis de séméiologie.

1. Données topographiques.

La répartition topographique des ulcères de notre statistique a été établie d'après l'interprétation des radiographies et parfois d'après les constatations opératoires.

Nos résultats sont exposés dans le tableau N° 1.

	HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Ulcère gastrique	97	30,2	42	42	139	33,0
Ulcère pylorique	11	3,4	1	1	12	2,9
Ulcère duodénal	171	53,3	42	42	213	50,6
Ulcère « pyloroduodénal » .	5	1,6	0	0	5	1,2
Ulcères multiples	24	7,5	10	10	34	8,0
Topographie inconnue	13	4,0	5	5	18	4,3
<i>Total</i>	321	100	100	100	421	100

Tableau 1. — Répartition topographique des ulcères de notre statistique.

Pour 18 malades nous ne connaissons pas la localisation de l'ulcère. Comme les signes radiologiques sont parfois en retard sur les signes cliniques [DEMOLE M. (4)], certains malades examinés une seule fois par nous, ont pu voir apparaître une niche sur d'autres séries de clichés ; inversement, nombre de malades avaient probablement cicatrisé leur ulcère lorsque les films furent pratiqués. Cependant, dans quelques rares observations, la radiologie demeura négative à plusieurs reprises. Ces cas sont exceptionnels ; nous avons été très exigeant avant de les retenir ici.

Nous avons classé sous le terme « ulcère pyloro-duodénal » les ulcères pour lesquels il n'était pas possible de préciser le siège pylorique ou duodénal de la niche parce qu'il était difficile de situer avec exactitude le pylore.

Si nous tenons compte du sexe dans la répartition topographique, nous constatons, comme il est classique, que les ulcères duodénaux prédominent chez l'homme tandis que les ulcères gastriques sont plus fréquents chez la femme :

parmi les sujets porteurs d'ulcère gastrique nous comptons :
41,8 % d'hommes ; 58,2 % de femmes.

parmi les sujets porteurs d'ulcère pylorique :
77,3 % d'hommes ; 22,7 % de femmes.

parmi les sujets porteurs d'ulcère duodénal :
55,9 % d'hommes ; 44,1 % de femmes.

parmi les sujets porteurs d'ulcères multiples :
42,9 % d'hommes ; 57,1 % de femmes.

Détaillons enfin la topographie des ulcères gastriques, duodénaux et multiples.

Si nous éliminons 12 ulcères gastriques dont la topographie précise est discutable, la répartition des 127 ulcères gastriques s'effectue comme suit :

- 50 ulcères siègent au niveau de la petite courbure verticale (39,3 %),
- 44 ulcères siègent au niveau de l'angulus (34,6 %),

- 12 ulcères siègent au niveau de la petite courbure horizontale (9,4 %),
- 17 ulcères siègent au niveau de la face postérieure (13,4 %),
- 1 ulcère siège au niveau de la face antérieure (0,8 %),
- 3 ulcères siègent au niveau de la grosse tubérosité (2,5 %).

Notons qu'il existe une niche géante dans 11 observations (6 siègent sur la petite courbure, 5 au niveau de la face postérieure).

Les 213 ulcères duodénaux se répartissent ainsi :

- 169 ulcères siègent au niveau du bulbe duodénal ou du 1^{er} duodénum (79,3 %),
- 14 ulcères sont « post-bulbaires » (6,6 %),
- 1 ulcère siège au niveau du 2^e duodénum (0,5 %).

Dans 29 observations il s'agit d'ulcères duodénaux probables ou de localisation imprécise (13,6 %).

Nous parlons d'ulcère duodénal probable lorsqu'un tableau clinique schématique s'associe à des déformations duodénales sans niche visible. Ces déformations correspondent souvent aux cicatrices laissées par un ulcère ancien ; elles traduisent parfois un état inflammatoire qui précède l'apparition d'une niche, comme nous l'avons observé dans quelques observations.

34 observations d'*ulcères multiples* présentent les associations suivantes :

- ulcères gastriques multiples (10 observations) :
 - 2 ulcères dans 8 observations,
 - 3 ulcères dans 2 observations.
- ulcères duodénaux multiples (7 observations) :
 - 2 ulcères dans 6 observations,
 - 4 ulcères dans 1 observation.
- ulcère gastrique + ulcère duodénal (12 observations) :
 - 1 ulcère gastrique + 1 ulcère duodénal dans 8 obs.,
 - 2 ulcères gastriques + 1 ulcère duodénal dans 4 obs.

- ulcère gastrique + ulcère pylorique (4 observations) :
 - 1 ulcère gastrique + 1 ulcère pylorique dans 3 obs.,
 - 2 ulcères gastriques + 1 ulcère pylorique dans 1 obs.
- ulcère gastrique + ulcère pylorique + ulcère duodénal :
 - 1 observation.

Parmi ces 34 observations, dans 6, seulement, les ulcères multiples apparurent successivement dans le temps.

*

**

L'intérêt de la radiologie dans l'établissement du diagnostic positif et principalement du diagnostic topographique de la maladie ulcéreuse est, certes, considérable. Le plus souvent, cependant, elle permet seulement de confirmer un diagnostic déjà porté grâce à un interrogatoire bien conduit.

2. Données cliniques.

Comme il n'est pas de notre propos de reprendre la description clinique de la maladie ulcéreuse, nous n'apporterons des précisions que sur certains points qui ont retenu notre attention au cours de la lecture de nos observations : nous analyserons les différents modes de début de la maladie, nous développerons certains détails se rapportant aux manifestations cliniques, nous étudierons enfin le rythme évolutif de la poussée douloureuse.

a) *Modes de début de la maladie ulcéreuse.*

Nous avons été amené par le sujet de notre travail à préciser pour chaque malade la date du début de sa maladie. Cette entreprise s'est avérée plus ou moins aisée en fonction de son mode de début.

Quatre éventualités se rencontrent :

— La maladie ulcéreuse se manifeste, dès le début, de façon tout à fait typique.

— Sans vouloir isoler une véritable phase « pré-ulcéreuse » [FODOR O. (7)], il semble, parfois, que l'ulcère « hésite » avant de se dévoiler clairement : dans certaines observations les malades signalent que des troubles gastriques frustes (dyspepsie, crampes épigastriques fugaces...), anciens souvent de plusieurs années, ont précédé l'installation franche du syndrome ulcéreux.

— La maladie ulcéreuse utilise d'emblée un mode d'expression atypique.

— Une complication ouvre la scène clinique chez un sujet qui ne possède aucun antécédent digestif. Il s'agit habituellement d'une hémorragie ou d'une perforation. L'hémorragie, responsable parfois d'un état anémique progressivement constitué, peut au contraire survenir brutalement, de façon inopinée.

Voici la fréquence comparée de ces divers modes de début. La maladie ulcéreuse débute par :

- un syndrome ulcéreux typique dans 246 observations : 58,2 % des cas ;
- un syndrome ulcéreux typique apparu après une phase « pré-ulcéreuse » dans 35 observations : 8,3 % des cas ;
- un syndrome ulcéreux atypique dans 117 observations : 28 % des cas ;
- une hémorragie isolée dans 20 observations : 4,8 % des cas ;
- une perforation dans 3 observations : 0,7 % des cas.

Notons, en outre, que dans 13 observations la première poussée douloureuse, typique ou atypique, s'est accompagnée d'une hémorragie.

b) *Manifestations cliniques de l'ulcère gastroduodéal.*

Le syndrome ulcéreux représente la manifestation clinique la plus fréquemment rencontrée. La poussée douloureuse constitue son élément de base.

Nous avons plus spécialement étudié l'heure de la douleur ulcéreuse. Cet horaire, ordinairement fixe chez un même malade, peut être post-prandial précoce (la douleur survient

environ une heure après le repas), semi-tardif (la douleur apparaît environ deux heures après le repas), tardif (la douleur s'installe au moins trois heures après le repas), ou exclusivement nocturne au début.

Voici, résumés, les renseignements obtenus à partir de 274 observations :

Parmi 100 sujets porteurs d'un ulcère gastrique :

- 9 décrivent une douleur d'horaire précoce : 9 %,
- 21 décrivent une douleur d'horaire semi-tardif : 21 %,
- 59 décrivent une douleur d'horaire tardif : 59 %,
- 11 décrivent une douleur qui survient sans horaire fixe : 11 %.

Parmi 10 sujets porteurs d'un ulcère pylorique :

- 2 décrivent une douleur d'horaire précoce,
- 8 décrivent une douleur d'horaire tardif.

Parmi 164 sujets porteurs d'un ulcère duodénal :

- 12 décrivent une douleur d'horaire précoce : 7,5 %,
- 12 décrivent une douleur d'horaire semi-tardif : 7,5 %,
- 125 décrivent une douleur d'horaire tardif : 76 %,
- 15 décrivent une douleur qui survient sans horaire fixe : 9 %.

Il apparaît que si l'horaire est précoce ou semi-tardif l'ulcère a deux fois plus de chance d'être gastrique que duodénal.

Cependant, la douleur ulcéreuse peut être atypique dans chacune des composantes qui la définissent : dans son type, dans sa topographie ; par l'absence d'horaire fixe ou de périodicité. Des problèmes de diagnostic différentiel se posent alors, difficiles à résoudre, car les associations pathologiques entre l'ulcère gastroduodénal et d'autres affections ne sont pas exceptionnelles. Un interrogatoire minutieux s'efforcera dans ces cas de mettre en lumière une des caractéristiques de la poussée douloureuse d'origine ulcéreuse (horaire fixe, évolution périodique, par exemple).

Il est des observations, rares il est vrai, dans lesquelles

toute douleur est absente et où la maladie ulcéreuse s'exprime uniquement par des hémorragies digestives répétées ou par des manifestations habituellement associées aux poussées douloureuses, comme les vomissements aqueux.

En réalité, il n'existe pas d'opposition franche entre signes typiques et signes atypiques : les uns et les autres, au cours des ans, peuvent se modifier ou s'associer chez un même malade. A côté des observations où la séméiologie, typique ou atypique, demeure identique tout au long de l'évolution de la maladie, il est des cas où une symptomatologie atypique se transforme progressivement en symptomatologie schématique, d'autres au contraire où le tableau clinique primitivement indiscutable se dégrade peu à peu, d'autres encore dans lesquels signes typiques et atypiques se côtoient ou se succèdent.



Le syndrome ulcéreux, avons-nous dit, constitue la traduction clinique la plus typique de la maladie ulcéreuse. Nous achèverons sa description en parlant de l'évolution dans le temps de la poussée douloureuse : de son rythme évolutif.

c) *Rythme évolutif de la poussée ulcéreuse.*

Le syndrome ulcéreux se caractérise par l'apparition périodique de poussées douloureuses. En l'absence de traitement la douleur cède spontanément après trois ou quatre semaines d'évolution. Elle s'installe de nouveau quelques mois plus tard, mais l'intervalle qui sépare deux poussées demeure habituellement pur de toute manifestation de type ulcéreux.

Les poussées obéissent en général à un rythme saisonnier : elles sont plus fréquentes au printemps et en automne. Certains facteurs, tout à fait classiques, semblent néanmoins capables de modifier ce rythme de base : les chocs émotifs, les contrariétés, la fatigue physique, le surmenage, les maladies infectieuses, les agents médicamenteux. Ces facteurs peuvent également réveiller une maladie ulcéreuse apparemment assoupie :

Madame GI... M. — Hématémèse en 1905 à 22 ans ; poussée ulcéreuse

typique de deux mois en 1942 ; nouvelle hématomérose en 1953 à la suite d'un zona ; nouvelle poussée douloureuse en 1954 après un traitement à la phénylbutazone : ulcère de la petite courbure verticale.

Il est parfois possible de considérer une hémorragie digestive d'origine ulcéreuse comme l'équivalent d'une poussée douloureuse : l'une et l'autre correspondent alors à un mode d'expression différent de l'ulcère en évolution. Certains ulcères, d'ailleurs, se manifestent uniquement par des hémorragies digestives.

Nous avons réparti nos observations en trois groupes en fonction de la fréquence des poussées ulcéreuses :

Comme nous nous attachons principalement à l'évolution lointaine de la maladie, nous rassemblons dans un premier groupe les ulcères pour lesquels l'évolution, écourtée, ne permet pas de décrire un rythme évolutif : nous rangeons dans ce groupe les ulcères aigus (de survenue brutale, traduits d'emblée par une complication) et ceux dont l'évolution spontanée ne dépasse pas un an : certains évoluent sur un mode subaigu et imposent un geste chirurgical précoce (nous les dénommons « subaigus » du fait de la sévérité de leur évolution et non pas d'après des critères anatomopathologiques) ; d'autres, à l'opposé, ne s'objectivent que par une ou deux poussées, au cours d'une même année, puis ils semblent s'éteindre. Dans le second groupe figurent les ulcères « à étapes éloignées », ainsi qualifiés lorsque les poussées se répètent moins d'une fois par an. Le dernier groupe compte les ulcères « de type habituel », c'est-à-dire ceux qui se manifestent au moins une fois par an.

Nos 421 observations se répartissent ainsi d'après les critères précités :

Ulcères « aigus ou subaigus » :

- 47 malades (34 hommes, 13 femmes) ;
- 11,2 % du total des observations ;
- âge moyen au début de la maladie : 51 ans et 2 mois.

Ulcères « à étapes éloignées » :

- 81 malades (60 hommes, 21 femmes) ;
- 19,2 % du total des observations ;

— âge moyen au début de la maladie : 38 ans et 5 mois.

Dans ce groupe il est possible de distinguer :

— des ulcères dont les poussées, espacées tout au long de l'évolution, répondent à un rythme fixe ou irrégulier (35 observations).

Monsieur GU... J. — Poussées ulcéreuses typiques de 15 jours, tous les 1 à 3 ans, de 1924 à 1952 (de 28 à 56 ans).

Monsieur SA... C. — Poussées ulcéreuses typiques de un mois, en 1936, 1950, 1952, 1953, 1954, 1957, 1964, 1965.

— des ulcères dont les poussées, tout d'abord espacées, ont tendance à se rapprocher (16 observations).

Madame JA... M. — 3 poussées ulcéreuses séparées chacune de 26 ans, en 1901 (19 ans), 1927, 1953 ; nouvelle poussée en 1954 ; depuis, quelques poussées ni très longues, ni très douloureuses ; ulcère de la petite courbure verticale.

— des ulcères où seules les deux premières poussées sont espacées, les autres poussées adoptant par la suite le rythme habituel (30 observations) :

- une durée de 0 à 4 ans séparait les deux premières poussées dans 8 observations ;
- une durée de 5 à 9 ans séparait les deux premières poussées dans 13 observations ;
- une durée de 10 à 19 ans séparait les deux premières poussées dans 6 observations ;
- une durée de 20 à 29 ans séparait les deux premières poussées dans 1 observation ;
- une durée de 30 à 39 ans séparait les deux premières poussées dans 2 observations.

En face d'une première poussée ulcéreuse il est donc difficile de prévoir la fréquence des poussées futures.

Ulcères « de type habituel » :

- 293 malades (227 hommes, 66 femmes) ;
- 69,6 % du total des observations ;
- âge moyen au début de la maladie : 39 ans et 2 mois.

Dans ce dernier groupe on peut isoler 41 observations où l'évolution de la maladie ulcéreuse, périodique et régulière, de

rythme au minimum annuel, est entrecoupée par des pauses de plusieurs années :

Monsieur FO... M. — Pendant 21 ans, de 1934 à 1955 (de 34 à 55 ans), alternance remarquablement fixe d'une poussée douloureuse de un mois et d'un intervalle libre d'une durée égale. Cependant, aucune douleur de 1934 à 1938, de 1952 à 1954 : ulcère pylorique.

En définitive nous retiendrons que la majorité des ulcéreux (69,6 %) voient réapparaître leurs douleurs au minimum une ou deux fois par an. Notons toutefois que les pourcentages avancés n'ont qu'une valeur approximative : à côté des malades chez lesquels la périodicité des poussées est évidente ou inexistante, en permanence, il en est d'autres chez qui les poussées deviennent progressivement périodiques et d'autres chez qui elles perdent peu à peu leur périodicité.

Certaines variations temporaires du rythme évolutif correspondent, semble-t-il, aux caprices d'une maladie dont l'évolution demeure parfois assez déconcertante ; elles ne possèdent de ce fait aucune signification particulière. Par contre, un espacement régulier des poussées, ou un rapprochement de celles-là, joint éventuellement à l'éclosion de complications, peuvent traduire une tendance à l'amélioration ou à l'aggravation de la maladie ulcéreuse. Nous parlons de tendance car nous savons bien que même lorsque la maladie paraît évoluer de façon monotone, ou encore sommeiller, les imprévus ne sont pas rares.

Un recul d'au minimum 10 ans pour plus de 400 malades nous permet cependant d'entrevoir ce qu'est, en général, le *profil évolutif* de la maladie ulcéreuse. Nous avons établi ce profil en tenant compte de l'évolution du rythme évolutif, du retentissement de la maladie sur l'état général, des complications (que nous étudierons plus loin en détail).

C) PROFIL EVOLUTIF DE LA MALADIE ULCEREUSE

Nous nous intéresserons essentiellement dans ce chapitre à

l'évolution spontanée éloignée de la maladie ulcéreuse ; aussi avons-nous limité l'étude de son profil évolutif à la date de la « guérison » apparente, du décès, de l'intervention, ou bien à la date des derniers renseignements obtenus lorsque la maladie continuait à évoluer.

Si nous classons à part les ulcères « aigus » et ceux qui évoluèrent spontanément moins d'un an, nous constatons que 3 modes évolutifs se rencontrent : la maladie ulcéreuse peut évoluer vers une amélioration, décrire une courbe évolutive stable, évoluer vers une aggravation.

1. Etude isolée des ulcères aigus et des ulcères à évolution spontanée brève (un an au plus).

Nous comptons dans ce groupe 47 malades.

— 4 ont présenté un *ulcère aigu* traduit par une perforation (1 fois), une hémorragie (2 fois), des hémorragies suivies d'une perforation (1 fois).

Monsieur GU... C. — Perforation à 67 ans en 1953, traitée par suture ; n'a jamais souffert de l'estomac ni avant, ni après.

Madame RO... M. — Aucun passé douloureux ; hématémèse suivie de mélénas, à 51 ans, en 1955 ; à la radiographie : niche de la petite courbure horizontale située dans une lacune régulière ; on porte le diagnostic de schwannome ulcéré ; la malade est opérée : il s'agit d'un ulcère gastrique.

Monsieur BO... L. — Aucune poussée douloureuse dans les antécédents ; mélénas à 46 ans en avril et en juin 1948 ; perforation en 1953.

Le faible pourcentage d'ulcères aigus de notre statistique s'explique par le fait que les malades sont hospitalisés habituellement d'emblée dans un service de chirurgie.

— 15 malades ont présenté un *ulcère « subaigu »* caractérisé par des douleurs intenses, des poussées fréquentes ou subintrantes, l'apparition précoce de complications :

Monsieur NE... P., 46 ans. — Depuis un an, douleurs post-prandiales tardives pratiquement quotidiennes ; constitution récente d'un tableau de sténose pylorique en relation avec un ulcère du pylore ; intervention.

— 16 malades ont été opérés avant la fin de la première

année parce que la séméiologie et la radiologie faisaient redouter un cancer gastrique.

— 12 malades, enfin, n'ont présenté qu'une ou deux poussées douloureuses au cours d'une même année :

Madame CA... E. — En 1950 (73 ans), deux poussées douloureuses sévères de 4 à 8 semaines. Radiographie : niche géante de la face postérieure de l'estomac ; traitement médical ; 16 ans plus tard, la malade n'a jamais resouffert.

Quel a été le destin de ces 47 malades ?

— 6 sont morts, du fait de leur ulcère, un an ou moins après sa première manifestation.

— 28 ont été opérés au cours de la première année d'évolution de la maladie ulcéreuse.

— 13 s'estiment actuellement guéris ; ils n'ont donc présenté jusqu'à présent qu'une ou deux poussées douloureuses.

Nous avons réuni ici des cas un peu disparates. Cependant chacun de ces malades, pour des raisons diverses, n'a vu évoluer spontanément sa maladie qu'un an au plus.

Notre étude de l'évolution éloignée de la maladie ulcéreuse ne concernera donc que 374 malades.

2. L'évolution se fait spontanément dans le sens d'une amélioration dans 108 observations sur 421 : dans 25,8 % des cas.

Cette éventualité intéresse :

— 78 hommes sur 321 : 24,3 % des hommes.

— 30 femmes sur 100 : 30 % des femmes.

— 58 malades hospitalisés sur 272 : 21,3 % des malades hospitalisés.

— 50 malades de clientèle privée sur 149 : 33,6 % des malades de clientèle privée.

— 20 malades qui appartenaient à la catégorie des ulcères « à étapes éloignées » (nombre total : 81), soit 24,7 %.

— 88 malades qui appartenaient à la catégorie des

ulcères de « type habituel » (nombre total : 293), soit 30,4 %.

Ces résultats globaux exposés, il convient de préciser quelques faits :

— Lorsque nous parlons de tendance à l'amélioration nous portons un jugement sur le profil évolutif de la maladie ulcéreuse considérée depuis son début jusqu'à l'année 1966. Nous n'ignorons pas que l'évolution ultérieure viendra -peut-être démentir notre impression favorable. Certaines observations engagent en effet à la prudence en matière de pronostic :

Monsieur RO...L. — Poussées douloureuses périodiques de 1914 (32 ans) à 1918 ; mélœna isolé en 1927 ; nouvelle poussée douloureuse en janvier 1947 ; poussée aiguë en mai 1947 accompagnée d'un mélœna ; il s'agit d'un ulcère de l'angulus ; une intervention est décidée.

Il est encore plus difficile de parler d'amélioration en présence d'un ulcère qui évolue « par étapes éloignées ». Néanmoins, lorsque le recul est suffisamment long, une impression d'amélioration progressive peut se dégager de la lecture de certaines observations.

— Nous avons groupé dans ce paragraphe les malades dont les poussées deviennent, au fil des ans, moins intenses, plus courtes, plus espacées. Les intéressés déclarent « aller mieux ». Certains même se considèrent « guéris » lorsqu'à l'abandon du régime les douleurs ne sont pas revenues. Il existe d'ailleurs tous les degrés d'amélioration entre les observations où les malades conservent encore quelques poussées atténuées et brèves, celles où des crampes passagères n'apparaissent qu'aux écarts de régime, celles où toute douleur a disparu.

— De même que l'installation de la maladie ulcéreuse peut être brutale ou progressive, son entrée dans la « guérison » (en fait jamais sûrement définitive) peut survenir inopinément ou après un long temps de déclin :

Monsieur MA... A. — Syndrome douloureux subcontinu de 1942 (14 ans) à 1945 ; se déclare guéri depuis 21 ans, en 1966 ; ulcère du pyllore.

Monsieur PA... E. — De 1925 (35 ans) à 1932 : 2 à 3 poussées dou-

loureuses de dix jours par an ; de 1932 à 1940, espacement progressif des poussées ; de 1940 à 1952, 1 poussée douloureuse tous les 2 ou 3 ans ; mélœna en 1952 ; depuis, aucune manifestation ulcéreuse jusqu'en 1966 ; ulcère duodénal.

Au total, en 1966 :

- 38 malades déclarent « aller mieux »,
- 70 malades se déclarent « guéris ».

Parmi les 70 malades « guéris » :

- 31 ont vu leur maladie évoluer de 1 à 9 ans,
- 24 ont vu leur maladie évoluer de 10 à 19 ans,
- 7 ont vu leur maladie évoluer de 20 à 29 ans,
- 4 ont vu leur maladie évoluer de 30 à 39 ans,
- 3 ont vu leur maladie évoluer de 40 à 49 ans,
- 1 a vu sa maladie évoluer 57 ans.

La « guérison » peut donc apparaître à tout âge. Elle n'est pas l'apanage des ulcères « atténués » mais survient également après une évolution temporairement sévère ou émaillée de complications.

3. L'évolution demeure stable dans 165 observations : 39,2 % des cas.

Cette éventualité intéresse .

- 127 hommes : 39,6 % des hommes.
- 38 femmes : 38 % des femmes.
- 94 malades hospitalisés : 34,5 % des malades hospitalisés.
- 71 malades de clientèle privée : 47,6 % des malades de clientèle privée.
- 40 malades qui appartenaient à la catégorie des ulcères « à étapes éloignées » : 49,4 %.
- 125 malades qui appartenaient à la catégorie des ulcères « de type habituel » : 42,7 %.

— Nous utilisons le terme « stabilisation » avec la même prudence que précédemment le mot « amélioration ». Nous jugeons en effet, d'un coup d'œil rétrospectif, le cours d'une maladie dont l'évolution a été arbitrairement interrompue à une date donnée.

-- Sont classés dans ce paragraphe les dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse n'ébauche aucune tendance vers l'amélioration ni vers l'aggravation.

Cependant, un état qualifié de stable lorsque l'ensemble de l'évolution est considéré peut recouvrir en réalité plusieurs faits :

● Il est observations où la maladie ulcéreuse se manifeste périodiquement, avec le même visage, tout au long de son évolution :

Madame MI... L. — Pendant 55 ans, de 1911 à 1966 (de 15 à 70 ans), apparition périodique de poussées douloureuses ; aucune complication ; ulcère duodénal.

● Certains ulcères sévères d'emblée (du fait de l'intensité de la douleur ou de la fréquence des poussées) évoluent indéfiniment sur ce même mode :

Monsieur AS... J. — Ethylique ; pendant 21 ans, de 1933 à 1954 (de 26 à 47 ans), poussées douloureuses périodiques d'intensité extrême (une laparotomie exploratrice fut pratiquée en 1943 : elle demeura négative) ; ulcère duodénal.

● Certains ulcères, enfin, décrivent une courbe évolutive de type sinusoïdal : périodes d'amélioration et périodes d'aggravation se succèdent sans cesse :

Monsieur BO... L. — Ethylique ; de 1951 (48 ans) à 1953, séméiologie atypique : brûlures épigastriques post-prandiales précoces non périodiques ; mais, niche pylorique sur les radiographies ; aucune douleur de 1953 à 1959 ; brûlures de même type par poussées de 10 jours, pendant 3 mois, en 1959 ; la niche pylorique est de nouveau observée sur les radiographies ; aucune douleur jusqu'en 1963 ; constitution en 1963 d'un tableau de sténose pylorique ; l'amaigrissement atteint 10 kilos ; le malade n'est pas opéré ; depuis, jusqu'en 1966, apparition régulière d'une poussée douloureuse de 15 jours, chaque année, sans vomissement.

Ainsi,
dans 102 observations l'évolution demeura toujours stable et

d'intensité moyenne,
dans 44 observations l'évolution demeura toujours stable mais
sévère,
dans 19 observations l'évolution connut des phases successives
d'amélioration et d'aggravation.

Quel a été le destin de ces 165 malades ?

Comme dit plus haut, nous avons limité l'étude de l'évolution spontanée à la date du décès, de l'intervention, ou à la date des derniers renseignements obtenus.

— 7 malades sont morts du fait de leur ulcère. Nous avons maintenu leur dossier dans ce paragraphe lorsque le décès avait été soudain, et situé en dehors d'une période d'aggravation :

Monsieur GR... F. — Sujet non éthylique ; de 1927 (44 ans) à 1952, c'est-à-dire pendant 25 ans, poussées douloureuses périodiques atténuées, espacées de 3 mois ; hémorragie foudroyante en 1952, sans raison apparente ; décès ; il s'agissait d'un ulcère gastrique.

— 85 malades ont été opérés.

— 73 malades, non opérés, estiment que leur maladie évolue encore, sans changement. Cependant, pour certains, la maladie ulcéreuse ne représente pas une entrave sérieuse : dès l'apparition de la poussée ils suivent de plus près leur régime, prennent leurs médicaments habituels. Le plus souvent tout rentre dans l'ordre sans qu'ils soient obligés d'arrêter leur travail.

Parmi ces 165 malades :

51 ont vu leur maladie évoluer spontanément de 1 à 9 ans,
64 ont vu leur maladie évoluer spontanément de 10 à 19 ans,
36 ont vu leur maladie évoluer spontanément de 20 à 29 ans,
10 ont vu leur maladie évoluer spontanément de 30 à 39 ans,
3 ont vu leur maladie évoluer spontanément de 40 à 49 ans,
1 a vu sa maladie évoluer spontanément plus de 50 ans.

Il serait intéressant de reprendre dans 5 ans notre enquête pour savoir combien de malades ont conservé un état stable, et combien ont évolué vers une amélioration ou une aggravation.

**4. L'évolution se fait dans le sens d'une aggravation
dans 161 observations : 24 % des cas.**

Cette éventualité intéresse :

- 82 hommes : 25,5 % des hommes.
- 19 femmes : 19 % des femmes.

- 82 malades hospitalisés : 30,1 %.
- 19 malades de clientèle privée : 12,7 %.

- 21 malades qui appartenaient à la catégorie des
« ulcères à étapes éloignées » : 25,9 %.
- 69 malades qui appartenaient à la catégorie des
ulcères « de type habituel » : 23,5 %.

Il n'est pas rare de rencontrer au cours d'une maladie ulcéreuse dite « stable » des périodes d'aggravation passagère. Nous avons parlé de cette éventualité dans le précédent paragraphe. Nous rassemblons ici les aggravations apparemment irréversibles : celles qui ont conduit à la mort ou à l'intervention.

L'aggravation peut revêtir plusieurs types :

— *La poussée ulcéreuse change d'aspect et de rythme :*

La douleur, plus intense, s'accompagne d'irradiations multiples ; les poussées se prolongent plus longtemps que de coutume ; les périodes d'accalmie, de moins en moins longues, de moins en moins pures, laissent persister un endolorissement épigastrique. A la limite, la douleur ulcéreuse devient pratiquement continue. A ce tableau s'associent souvent des vomissements fréquents, un amaigrissement progressif, l'inefficacité de plus en plus remarquable d'une thérapeutique qui, jusque-là, semblait juguler parfaitement la maladie :

Monsieur BA... M. — De 1929 (20 ans) à 1951, pendant 22 ans, évolution périodique stable à raison d'une poussée douloureuse annuelle de 8 jours ; de 1951 à 1953 les poussées deviennent de plus en plus vives, de plus en plus fréquentes ; on conseille une intervention ; ulcère duodénal.

Certains malades se plaignent seulement de l'intensité de la douleur qui devient brusquement insupportable sans que les poussées douloureuses s'allongent ou se répètent plus fréquemment.

— *Les hémorragies se rapprochent :*

Nous avons admis plus haut qu'une hémorragie épisodique pouvait être considérée comme l'équivalent d'une poussée douloureuse. La répétition des hémorragies, comme celle des poussées douloureuses, témoigne d'une aggravation de la maladie ulcéreuse :

Monsieur DE... J. — En 1920 (43 ans), poussée douloureuse de quelques semaines ; nouvelle poussée en 1929 ; le malade ressent des brûlures épigastriques, de façon intermittente, de 1929 à 1945 ; en mai 1945, mélœna de moyenne importance précédé de quelques douleurs épigastriques ; nouveau mélœna en novembre 1945 ; on décide une intervention ; on découvre deux ulcères au niveau du duodénum.

— *Plusieurs complications apparaissent au cours d'une période d'aggravation progressive.*

Il n'est pas rare en effet que le rapprochement des poussées douloureuses conduise à un tableau de sténose pylorique, ni rare que des hémorragies se manifestent dans ces circonstances :

Madame SE... J. — De 1935 (18 ans) à 1953, poussées douloureuses périodiques ; de 1953 à 1955 les poussées deviennent plus fréquentes ; elles ne laissent persister entre elles qu'un intervalle libre de 15 jours ; des mélœnas intermittents attirent l'attention de la malade ; un tableau de sténose s'installe et fait poser une indication opératoire ; ulcère gastrique.

Ainsi, assez souvent, un ensemble de faits s'associent lorsque la maladie ulcéreuse entre dans une période d'aggravation.

Après combien de temps d'évolution stable l'aggravation survient-elle, en général ? Nous serions tenté de répondre : n'importe quand.

— Dans 11 observations, la maladie ulcéreuse s'aggrave progressivement dès le début :

Monsieur BO... J. — Ethylique ; de 1933 (21 ans) à 1944 (32 ans),

poussées de plus en plus longues, de plus en plus fréquentes ; la douleur devient même quotidienne de 1942 à 1944 ; une intervention est décidée devant la constitution d'un tableau de sténose pylorique : ulcère duodénal.

— Dans 36 observations, l'aggravation survient après 1 à 9 ans d'évolution stable.

— Dans 32 observations, l'aggravation survient après 10 à 19 ans d'évolution stable.

— Dans 15 observations, l'aggravation survient après 20 à 29 ans d'évolution stable.

— Dans 5 observations, l'aggravation survient après 30 à 39 ans d'évolution stable.

— Dans 2 observations, l'aggravation survient après 40 à 49 ans d'évolution stable.

Une longue période de stabilisation ne met donc pas à l'abri d'une aggravation ultérieure. Cette constatation doit rendre prudent en matière de pronostic.

Combien de temps se prolonge cette période d'aggravation depuis son début jusqu'à son terme (décès ou intervention) ? :

- moins de 1 an chez 46 malades,
- de 1 à 4 ans chez 38 malades,
- de 5 à 9 ans chez 9 malades,
- de 10 à 14 ans chez 8 malades.

Quel a été le destin de ces 101 malades ?

- 8 sont morts du fait de leur ulcère,
- 91 ont été opérés,
- 2 malades non opérés ont été revus en 1966 au cours d'une période d'aggravation.

Au terme de notre étude du profil évolutif de la maladie ulcéreuse nous pouvons dire que nos résultats s'appuient sur l'observation de :

- 47 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément moins de 1 an ;
- 121 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément de 1 à 9 ans ;
- 135 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément de 10 à 19 ans ;
- 78 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément de 20 à 29 ans ;
- 24 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément de 30 à 39 ans ;
- 11 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément de 40 à 49 ans ;
- 5 dossiers dans lesquels la maladie ulcéreuse évolua spontanément plus de 50 ans.

Les chiffres diminuent brusquement à partir de la tranche correspondant aux patients qui ont vu leur maladie évoluer spontanément 20 ans et plus ; la mortalité générale qui devient de plus en plus importante avec l'âge explique, en partie, ce fait. Il faut également faire intervenir la date de l'intervention qui se situe en général 10 à 15 ans après le début de la maladie ; nous en reparlerons plus loin en détail.

Nous avons groupé à part les évolutions de brève durée et distingué ensuite trois modes évolutifs distincts. Il est intéressant, dans une vue d'ensemble, d'isoler de chacun de ces 4 groupes deux types d'évolution opposés afin d'apprécier leur fréquence respective par rapport au total des observations :

— dans 74 observations sur 421 (17,6 % des cas) l'ulcère a été sévère d'emblée. Nous avons rangé ici :

- 4 ulcères aigus,
- 15 ulcères « subaigus »,
- 44 ulcères stables mais sévères d'emblée,
- 11 ulcères d'aggravation progressive d'emblée.

— dans 83 observations sur 421 (19,7 % des cas) l'ulcère a, semble-t-il, « guéri » après un temps d'évolution assez variable.

En définitive, quel a été le destin de ces 421 malades ?

- 21 sont morts du fait de leur ulcère : 5 %,
- 204 ont été opérés : 48,5 %,
- 121, non opérés, « vont mieux » ou s'estiment guéris : 28,7 %,
- 75, non opérés, voient leur maladie encore évoluer : 17,8 %.

Avant d'entreprendre l'étude du bilan de l'évolution de la maladie ulcéreuse (opérée ou non), tel qu'il apparaît dix ans au moins après le premier examen, nous consacrerons un chapitre à l'étude de ses complications. Notre dernier paragraphe qui traitait de l'évolution de la maladie vers l'aggravation nous y conduit.

D) PLACE DES COMPLICATIONS DANS L'ÉVOLUTION DE LA MALADIE ULCÉREUSE

Par les poussées douloureuses périodiques qui la caractérisent, la maladie ulcéreuse impose souvent au malade un mode de vie particulier ; par ses complications, redoutables car volontiers soudaines, elle peut mettre ses jours en dangers.

1. **Les hémorragies digestives** représentent, de loin, la complication la plus fréquente :

147 malades sur 421 (soit 34,9 %) ont saigné au moins une fois au cours de l'évolution de leur maladie. Ce chiffre, proche de celui trouvé par THOMSON F.B. (23) : 31 %, à partir de 500

observations d'ulcéreux revus 9 à 13 ans après leur première admission à l'hôpital, est légèrement supérieur à celui trouvé par LEVRAT M., LAMBERT R. et MARTIN F. (15) : 28 %, dans une statistique qui groupait 1 791 dossiers d'ulcères. Cette différence s'explique en partie par le fait que notre enquête nous a permis de recueillir un certain nombre d'hémorragies apparues après l'hospitalisation ou la consultation en cabinet privé.

— *Quelques données étiologiques doivent être précisées.*

Les hémorragies sont plus fréquentes chez les malades hospitalisés que chez les malades suivis en clientèle privée, ce qui explique le pessimisme habituel des statistiques hospitalières :

106 malades hospitalisés sur 272 ont présenté au moins une hémorragie digestive : 39 % ;

41 malades de clientèle privée sur 149 : 27,5 %.

— plus fréquentes chez les femmes que chez les hommes :

46 femmes sur 100 ont saigné au moins une fois : 46 % ;
101 hommes sur 321 ont saigné au moins une fois : 31,5 %.

— plus fréquentes chez les sujets âgés. Nous connaissons l'âge de 143 malades au moment de la première hémorragie ; elle survint :

avant 19 ans :

— chez 1 femme (2,4 %)

entre 20 et 39 ans :

— chez 26 hommes (25,8 %) - chez 7 femmes (16,6 %)

entre 40 et 59 ans :

— chez 49 hommes (48,5 %) - chez 17 femmes (40,5 %)

entre 60 et 79 ans :

— chez 26 hommes (25,7 %) - chez 15 femmes (35,7 %)

après 80 ans :

— chez 2 femmes (4,8 %)

Nous constatons que la première hémorragie apparaît plus tard chez la femme que chez l'homme. Au total, 56,6 % des

hémorragies surviennent après 50 ans ; 30 % après 60 ans.

— plus fréquentes, s'il s'agit d'ulcères multiples ou gastriques que s'il s'agit d'ulcères duodénaux ou pyloriques :

16 ulcères multiples sur 34 se sont manifestés au moins une fois par une hémorragie : 47 %.

53 ulcères gastriques sur 139 : 38,1 %.

65 ulcères duodénaux sur 213 : 30,5 %.

(dont 8 ulcères post-bulbaires sur 14)

1 ulcère pylorique sur 12 : 8,3 %.

Dans 12 observations le siège de l'ulcère n'a pas pu être précisé.

Nous retrouvons le rôle néfaste de l'alcoolisme qui favorise de façon évidente l'apparition des hémorragies digestives chez l'ulcéreux, comme l'ont déjà souligné LEVRAT M., PASQUIER N., PASQUIER J. (16) : 32 hommes alcooliques sur 82 ont présenté au moins une hémorragie digestive (soit 39 %), mais seulement 69 hommes non alcooliques sur 239 (soit 28,9 %).

3 malades étaient porteurs d'une tendance hémorragipare constitutionnelle. Dans une observation il s'agissait d'une maladie de Willebrandt ; dans les deux autres, de constatations essentiellement cliniques (épistaxis, gingivorragies fréquentes), sans que le laboratoire fasse la preuve d'une affection caractérisée.

Dans un grand nombre de cas l'hémorragie fut manifestement secondaire à l'administration de médicaments (aspirine, phénylbutazone, corticoïdes...). Cette notion, classique de nos jours [LEVRAT M. LAMBERT R. (17)], n'était pas encore connue au moment de la rédaction de la plupart de nos observations. Comme tous les malades de notre statistique n'ont pas été systématiquement interrogés sur ce point, nous rapportons ici une impression d'ensemble sans pouvoir donner de chiffre exact. Sous cette influence l'hémorragie peut même survenir chez un sujet qui se croyait « guéri » :

Monsieur LO... J. — En 1952 (36 ans), poussées douloureuses sub-

continues, violentes, pendant 7 mois ; ulcère pré-pylorique ; aucune manifestation ulcéreuse de 1952 à 1963 ; en 1963, hémorragie digestive de moyenne abondance après ingestion de plusieurs comprimés de compralgyl (ce médicament est un antalgique qui contient 0,10 g d'amidopyrine, 0,20 g d'acide acétyl-salicylique, 0,20 g de phénacétine).

— *Du point de vue séméiologique :*

72 malades ont présenté une hématomèse,
60 malades ont présenté un mœœna,
pour 15 malades nous ignorons le type de l'hémorragie.

— Le plus souvent minime, ou de moyenne abondance, l'hémorragie a été importante dans 25 observations :

chez 17 hommes (= 16,8 % des hommes qui ont saigné),
chez 8 femmes (= 17,4 % des femmes qui ont saigné).

— 87 malades n'ont présenté qu'une seule hémorragie ; 60 malades, 45 hommes et 15 femmes, ont saigné plusieurs fois :

41 malades 2 fois,
12 malades 3 fois,
7 malades 4 fois ou plus.

— *Date d'apparition de l'hémorragie digestive par rapport au début de la maladie ulcéreuse ; Signification de l'hémorragie.*

L'hémorragie a été le premier signe de la maladie ulcéreuse (associée ou non à une poussée douloureuse), chez 33 malades (22,4 %) :

19 hommes (18,8 %),
14 femmes (33,3 %).

(Les pourcentages sont établis par rapport au nombre total des hommes et des femmes qui ont présenté une hémorragie.)

Elle est apparue :

après 1 à 10 ans d'évolution :

— chez 51 hommes : 50,5 % - 17 femmes : 40,5 %
après 11 à 20 ans d'évolution :

— chez 20 hommes : 19,8 % - 4 femmes : 9,5 %
après 21 à 30 ans d'évolution :

— chez 8 hommes : 7,9 % - 5 femmes : 11,9 %
après 31 à 40 ans d'évolution :

— chez 3 hommes : 3 % - 1 femme : 2,4 %
après 41 à 50 ans d'évolution :

— chez 1 femme : 2,4 %

Si dans 70 % des cas environ l'hémorragie survient au cours des dix premières années de l'évolution de la maladie ulcéreuse, dans 30 % des cas elle apparaît plus tardivement : nul n'est jamais en droit de se croire préservé.

Il ressort de cette étude qu'une hémorragie peut se rencontrer à tout moment. Manifestation inaugurale dans 20 dossiers (4,8 % des cas), complication terminale dans 14 observations (3,3 % des cas), l'hémorragie frappe habituellement en cours d'évolution. Parfois unique (sans lendemain ou grave d'emblée), elle peut aussi ponctuer régulièrement l'évolution ou survenir à des intervalles de plus en plus rapprochés : elle témoigne alors d'une aggravation de la maladie.

L'hémorragie digestive conserve en général une certaine indépendance par rapport aux autres signes de la maladie ulcéreuse. Tantôt elle est le seul interprète de l'ulcère tout au long de l'évolution, tantôt elle apparaît au cours des poussées douloureuses qu'elle peut faire céder, ou alterne avec elles, tantôt elle se joint à d'autres complications dans un tableau général d'aggravation.

2. Une sténose d'origine ulcéreuse a été observée chez :

28 malades sur 421 : 6,6 % des cas.

· il s'agissait de 8 femmes : 8 % des femmes,
de 20 hommes : 6,2 % des hommes ;

— dont l'âge était de 20 à 39 ans pour 2 malades,
40 à 59 ans pour 15 malades,
60 à 79 ans pour 11 malades.

— L'ulcère responsable de cette complication siégeait :

- au niveau du duodénum dans 11 observations : 5,2 % des ulcères duodénaux,
- au niveau de l'estomac dans 10 observations : 7,2 % des ulcères gastriques,
- au niveau du pylore dans 1 observation : 8,3 % des ulcères pyloriques,
- les ulcères étaient multiples dans 5 observations : 14,7 % des ulcères multiples,
- la topographie n'a pas pu être précisée dans 1 observation.

— Nous n'avons consigné dans ce paragraphe que les tableaux de sténose caractérisée.

La sténose était habituellement localisée au niveau du pylore. Dans une observation, cependant, elle était de siège médio-gastrique, dans une autre de siège post-bulbaire.

— A quelle date s'est installée la sténose par rapport au début de la maladie ulcéreuse ?

- après 1 à 10 ans d'évolutions dans 15 observations,
- après 11 à 20 ans d'évolution dans 6 observations,
- après 21 à 30 ans d'évolution dans 4 observations,
- après 31 à 40 ans d'évolution dans 2 observations,
- après 41 à 50 ans d'évolution dans 1 observation.

— Parmi les malades qui ont présenté une sténose, 7 ont saigné au cours de l'évolution de la maladie ulcéreuse, au moins une fois.

3. Une perforation d'origine ulcéreuse est survenue :

Chez 19 malades sur 421 : 4,5 % des cas.

- il s'agissait de 18 hommes : 5,6 % des hommes,
de 1 femme : 1 % des femmes ;
- dont l'âge était de 20 à 30 ans pour 2 malades,
40 à 59 ans pour 9 malades,
60 à 79 ans pour 8 malades.

- L'ulcère responsable de cette complication siégeait :
 - au niveau du duodénum dans 7 observations : 3,3 % des ulcères duodénaux,
 - au niveau de l'estomac dans 4 observations : 2,9 % des ulcères gastriques,
 - au niveau du pylore dans 2 observations : 16,7 % des ulcères pyloriques,
 - dans 6 observations la topographie n'a pas pu être précisée.

— Nous compléterons ces données étiologiques en soulignant que les perforations succèdent volontiers à un stress ou à une administration de médicaments (corticoïdes, réserpine, aspirine) :

Monsieur MI... G. — De 1914 (29 ans) à 1950 (65 ans), troubles digestifs imprécis sans horaire ni périodicité, aggravés depuis trois mois (pesanteur gastrique continue, amaigrissement de 5 kilos) ; le malade est opéré le 6 octobre 1950 (résection trans-urétrale d'adénome prostatique) ; le 9 octobre : perforation d'un ulcère duodénal.

Monsieur VI... H. — Traité de 1937 (40 ans) à 1958 (61 ans) pour des troubles « hépatiques » périodiques. Perforation d'un ulcère duodénal en 1958 après ingestion de 6 comprimés d'aspirine par jour, un mois, et de 3 comprimés d'Hydrosarpan par jour, 3 jours.

— Du point de vue séméiologique, nous rapporterons une observation où deux perforations se sont succédées en 5 ans :

Monsieur HU... R. — Gros éthylique ; en 1950 (60 ans), à la suite d'une période de dyspepsie, mélœna, puis poussée ulcéreuse typique ; ulcère haut situé de la petite courbure verticale ; cette poussée cède sous traitement médical ; arrêt de l'intoxication éthylique ; en 1952, reprise des habitudes alcooliques ; perforation traitée par suture ; nouvelle perforation en 1957.

A quelle date la perforation est-elle survenue par rapport au début de la maladie ulcéreuse ?

- dans 3 observations elle révéla la maladie ;
- elle apparut après
 - 1 à 10 ans d'évolution dans 7 obs.,
 - 11 à 20 ans d'évolution dans 3 obs.,
 - 21 à 30 ans d'évolution dans 4 obs.,
 - 31 à 40 ans d'évolution dans 2 obs.

Parmi les ulcères compliqués de perforation, 6 ont saigné au moins une fois au cours de l'évolution de la maladie ulcéreuse.

Au terme de cette étude nous constatons que 181 malades sur 421 (soit 43 %) ont vu leur ulcère se compliquer au moins une fois ; (73 d'entre eux ont présenté plusieurs complications d'apparition simultanée ou successive).

Ce résultat global se décompose comme suit :

— une complication a été observée chez 131 malades hospitalisés sur 272 : 48,2 % ; chez 50 malades de clientèle privée sur 149 : 33,5 %.

La gravité plus grande de l'ulcère traité à l'hôpital est évidente puisqu'une complication a frappé environ 1 malade hospitalisé sur 2, un malade examiné en clientèle privée sur 3. Notons que le nombre des complications serait encore plus élevé si la statistique hospitalière provenait d'un service de chirurgie.

— une complication a été observée chez 132 hommes sur 321 : 41,1 % ; chez 49 femmes sur 100 : 49 %.

L'ulcère se complique donc un peu plus fréquemment chez la femme que chez l'homme. (Seules les perforations se rencontrent plus souvent chez l'homme que chez la femme.)

— une complication est apparue :

— dans 21 observations d'ulcères multiples sur 34 :
61,7 % des cas,

— dans 67 observations d'ulcères gastriques sur 139 :
48,2 % des cas,

— dans 83 observations d'ulcères duodénaux sur 213 :
39 % des cas,

— dans 4 observations d'ulcères pyloriques sur 12 :
33,3 % des cas.

Au total on peut donc avancer que la maladie ulcéreuse

semble se compliquer davantage chez les sujets éthyliques, chez la femme, lorsqu'il s'agit d'ulcères multiples ou gastriques. Il est, par contre, impossible de prévoir le moment où apparaîtront les complications. Ce fait explique un certain nombre de décès et d'indications opératoires impératives.



CHAPITRE III

**BILAN DE L'EVOLUTION DIX ANS, AU MOINS,
APRES LE PREMIER EXAMEN**

Nous avons jusqu'ici esquissé le profil évolutif de la maladie ulcéreuse et défini quelle place occupent les complications qui émaillent éventuellement son cours. Dans ce chapitre nous dresserons le bilan de l'état des malades au moment de l'enquête (1966 le plus souvent) : certains sont morts ; d'autres ont été opérés ; d'autres n'ont jamais été opérés. Il sera intéressant de préciser combien nous comptons de malades « guéris » et non guéris dans ces deux derniers groupes. Notre réponse nous conduira peut-être à modifier notre attitude thérapeutique en face de la maladie ulcéreuse.

A) ETUDE DE LA MORTALITE

Nous désirons étudier essentiellement dans ce paragraphe les décès que l'on doit directement ou indirectement rattacher à la maladie ulcéreuse, c'est-à-dire ceux qui furent secondaires à une complication ou à une intervention.

Nous avons d'ailleurs éliminé de notre statistique tous les dossiers où la maladie ulcéreuse n'avait été mise en cause ni directement ni indirectement pour un décès survenu moins de dix ans après le premier examen fait dans le service ou à l'occasion d'une consultation privée.

Par contre, il nous a été possible de recueillir des renseignements sur des malades en vie dix ans ou davantage après ce premier examen et morts, depuis, d'affections extragastriques.

Ces malades, au nombre de 18, sont inclus dans notre statistique. Ils ont été jugés exclusivement sous l'angle de la maladie ulcéreuse et ne figurent donc pas dans le groupe des malades décédés du fait de leur ulcère.

1. Mortalité liée aux complications de la maladie ulcéreuse.

21 malades sur 421 (4,9 %) sont morts d'une complication de leur maladie sans avoir pu être opérés.

Il s'agissait de :

15 hommes (4,7 % des hommes)

et de 6 femmes (6 % des femmes)

âgés de 30 à 49 ans dans 2 observations,

de 50 à 69 ans dans 8 observations,

de plus de 70 ans dans 11 observations.

Cette élévation progressive du nombre des complications fatales avec l'âge (bien que le nombre total des ulcéreux décroisse) illustre bien la haute gravité des complications (en particulier des hémorragies) chez les sujets âgés. BROOCKS J.R. et Coll. (2), LEVRAT M. et Coll. (18) l'ont déjà souligné.

Lorsque la mort survint, la maladie ulcéreuse évoluait depuis :

moins de 1 an dans 5 observations,

1 à 19 ans dans 7 observations,

20 à 39 ans dans 7 observations,

plus de 40 ans dans 2 observations.

Notons encore une fois qu'une longue durée d'évolution ne semble pas constituer un élément capable d'influencer favorablement le pronostic vital puisque les complications fâcheuses apparaissent aussi bien au cours de la première année qu'après vingt ans d'évolution.

Le décès fut lié à :

- une hémorragie dans 14 observations (3,3 %),
- une perforation dans 4 observations (0,9 %),
- une sténose dans 3 observations (0,7 %).

Ces données sont établies à partir d'un groupe de 421 malades dont les uns (272) ont été examinés à l'hôpital dans un service de médecine générale à orientation gastroentérologique, les autres (149) en cabinet privé. Une statistique provenant d'un service de chirurgie fournirait certainement un pourcentage plus important de décès dus aux complications de la maladie ulcéreuse : dans une étude comparative MOSBECH J. (20) observe qu'au Danemark, en 1958, 50 malades sont morts du fait d'une perforation dans les services de chirurgie, 11 seulement dans les services de médecine ; 55 du fait d'une hémorragie dans les services de chirurgie, 49 dans les services de médecine. Néanmoins nous pensons que nos chiffres correspondent de plus près à la gravité habituelle de la maladie ulcéreuse.

L'ulcère siégeait :

- au niveau de l'estomac dans 11 observations,
- au niveau du duodénum dans 5 observations,
- les ulcères étaient multiples dans 1 observation,
- la topographie n'a pas pu être précisée dans 4 observations.

La gravité la plus grande de l'ulcère gastrique apparaît nettement comme le constate aussi WESTLUND K. (25) dans un article récent consacré à la mortalité de la maladie ulcéreuse.

*
**

A ces décès directement liés à la maladie ulcéreuse nous devons joindre ceux qui survinrent dans les suites immédiates d'une intervention chirurgicale pratiquée pour traiter un ulcère rebelle ou compliqué.

2. Mortalité liée à la chirurgie.

Une meilleure pratique de la transfusion sanguine, l'intro-

duction des antibiotiques dans l'arsenal thérapeutique, les progrès constants de la réanimation nous permettent aujourd'hui de sauver certains malades hospitalisés pour une complication ulcéreuse grave. De ce fait la mortalité liée aux complications ne correspond plus actuellement à ce qu'elle était pendant les années où nos malades furent examinés et traités.

Les mêmes remarques s'appliquent aux résultats de la chirurgie. D'une part nos malades ont habituellement subi une gastrectomie, intervention plus sévère qu'une vagotomie avec gastro-entéro-anastomose, d'autre part les décès post-opératoires furent secondaires à une complication infectieuse dans deux observations sur trois environ, souvent à une époque où l'antibiothérapie n'existait pas. Nous incluons enfin dans nos résultats quelques malades pour lesquels l'intervention chirurgicale n'a été qu'un acte de dernier espoir : ces décès peuvent être attribués davantage à la gravité de l'ulcère qu'à l'acte opératoire lui-même. BROOKS (2) observe en 1964 une mortalité post-opératoire de 21 % lorsqu'une gastrectomie est pratiquée en urgence pour une hémorragie grave chez un sujet âgé.

Les chiffres que nous donnons pèchent donc par excès. Ils n'influenceront pas notre jugement à l'égard de la chirurgie puisqu'ils appartiennent à une époque révolue. Mais nous nous intéresserons aux relations qui les unissent.

— 39 malades opérés sur 204 (19,1 %) sont morts dans les suites immédiates de l'intervention (16 malades ont été opérés avant 1950, 23 malades après 1950).

Il s'agissait de 27 hommes (sur 167 opérés : 16,2 %) et de 12 femmes (sur 37 opérées : 32,4 %).

L'âge des malades au moment du décès était de :

moins de 29 ans dans 1 observation,
de 30 à 49 ans dans 11 observations,
de 50 à 69 ans dans 23 observations,
de plus de 70 ans dans 4 observations.

Ainsi, dans 70 % des cas, le décès est survenu lorsque l'opéré avait dépassé la cinquantaine. Le nombre plus important

des décès post-opératoires chez la femme s'explique peut-être en partie par son plus grand âge au moment de l'intervention :

l'âge moyen des 27 hommes était de 53 ans,

l'âge moyen des 12 femmes était de 61 ans.

Remarquons également que parmi les 39 malades décédés, 4 présentaient une hypertension artérielle ; l'un d'eux, un état hémorragique constitutionnel ; que parmi les 27 hommes, 10 étaient des alcooliques, soit 37 %. (Nous avons retenu l'alcoolisme dans les antécédents de 20 % des hommes seulement.)

Quelles ont été les causes du décès ?

dans 19 observations : une complication infectieuse (le plus souvent une pneumopathie, une péritonite ou une phlébite ; dans une observation uniquement, une parotidite, une endocardite infectieuse, une septicémie) ;

dans 5 observations : une hémorragie ;

dans 4 observations : une embolie pulmonaire ;

dans 2 observations : un delirium tremens ;

dans 9 cas, nous ne connaissons pas la cause exacte du décès.

— Deux malades opérés sont morts longtemps après l'intervention (ils ne figurent évidemment pas dans le nombre des décès immédiatement post-opératoires) :

L'un d'eux, 20 ans plus tard, d'une hémorragie digestive foudroyante. Il souffrait de façon épisodique depuis la gastrectomie. On peut se demander si un ulcère peptique n'a pas été responsable du décès.

Pour un autre malade se pose le problème de la cancérisation possible d'un ulcère ancien ou de l'association d'un ulcère à un cancer plus récemment développé :

Monsieur SC., J. — Père probablement ulcéreux ; le malade présente pendant 15 ans, de 57 à 72 ans, 4 à 6 poussées douloureuses typiques par an. Depuis 3 mois, douleur vive et continue accompagnée de vomissements alimentaires et aqueux ; une hématomérose de moyenne

abondance termine cette période. On se décide à intervenir, d'autant plus qu'il existe sur les radiographies une niche profonde au niveau de l'angulus, une niche pylorique, des déformations duodénales d'aspect ulcéreux. On découvre à l'intervention une masse antro-pylorique fixée au pancréas, de nombreuses adénopathies le long de la petite courbure, une lame d'ascite. Une gastro-entéro-anastomose est réalisée ; le malade décède 10 mois plus tard dans un tableau de cachexie néoplasique. En l'absence de clichés antérieurs, il est assez difficile d'interpréter cette observation. Néanmoins, l'existence de plusieurs niches sur les clichés gastriques, la présence de déformations ulcéreuses au niveau du duodénum, nous incitent à considérer le cancer gastrique comme une association pathologique.

*
**

Une analyse des chiffres précédemment cités qui ne tiendrait pas compte de nos commentaires conduirait à penser que le geste chirurgical est plus dangereux que la maladie ulcéreuse elle-même. Nous offrirons cependant à la chirurgie un visage plus flatteur en dénombrant parmi les malades opérés et non opérés ceux qui sont actuellement guéris et non guéris.

B) RESULTATS ELOIGNES DU TRAITEMENT CHIRURGICAL DANS LA MALADIE ULCEREUSE

Avant d'exposer les résultats obtenus par la chirurgie nous détaillerons les particularités étiologiques et séméiologiques que présentaient les malades opérés ; nous préciserons également quelles furent les indications opératoires et les différents types d'interventions réalisés.

Au total, 204 malades sur 421 (48,4 %) ont été opérés au moins une fois. Ce chiffre est comparable à celui donné par d'autres auteurs : DUBARRY J.J. (5) compte 32 % d'opérés sur 500 malades suivis de 3 à 17 ans, mais il pense qu'une plus lon-

gue surveillance permettrait d'atteindre la proportion de 1 malade opéré sur 2. Dans un remarquable travail portant sur 624 malades revus 25 à 30 années après leur première hospitalisation, KRAUSE U. (10) dénombre 47,1 % d'opérés. THOMSON F.B. (23) trouve 53 % d'opérés dans une statistique de 500 malades surveillés environ 10 ans.

1. Particularités étiologiques :

a) La comparaison des pourcentages provenant des statistiques hospitalière et du cabinet privé, met en évidence une différence sensible entre ces deux catégories de malades :

149 malades anciennement hospitalisés sur 272 ont été opérés : 54,8 %,
mais seulement 55 malades de clientèle privée sur 149 : 36,9 %.

La sévérité plus grande des ulcères vus à l'hôpital apparaît une nouvelle fois. On pourrait se demander si une statistique établie à partir de la clientèle d'un médecin praticien ne fournirait pas un nombre encore plus réduit d'opérés. ROUBILLE R. (21) a étudié la fréquence des ulcères gastroduodénaux chez les mineurs du Bassin du fer de Lorraine et le nombre des gastrectomies pratiquées chez eux. Il a observé sur 10 463 travailleurs 4,45 % d'ulcéreux. Parmi eux, 40,4 % furent gastrectomisés. Certes, le mode de vie de ces travailleurs a rendu peut-être plus impérative chez eux l'indication opératoire. Il semble néanmoins que le pourcentage total des malades opérés ne doit pas être inférieur à 30 % environ, surtout si l'on juge la maladie sur l'ensemble de son évolution.

b) On note une différence de même importance en comparant les malades de sexe masculin et de sexe féminin :

167 hommes sur 321 ont été opérés : 52 %,
mais seulement 37 femmes sur 100 : 37 %.

Comme les complications se rencontrent un peu plus souvent chez les femmes que chez les hommes, nous pensons que le plus

grand nombre d'interventions réalisées chez eux s'explique en partie par des motifs d'ordre professionnel.

c) Quel était l'âge de nos malades au moment de l'intervention ? Sur 204 malades :

43 avaient de 20 à 39 ans : 21 %,
116 avaient de 40 à 59 ans : 57 %,
45 avaient de 60 à 79 ans : 22 %.

Comme déjà dit, les hommes ont été opérés plus jeunes que les femmes :

22 % des hommes, 16 % des femmes ont été opérés entre 20 et 39 ans,
61 % des hommes, 38 % des femmes ont été opérés entre 40 et 59 ans,
17 % des hommes, 46 % des femmes ont été opérés entre 60 et 79 ans.

Cette différence s'est également concrétisée, nous l'avons vu, par une mortalité post-opératoire plus importante chez la femme que chez l'homme.

d) On ne trouve pas un plus grand nombre d'ulcéreux dans la famille des malades opérés que dans celle de l'ensemble des malades :

82 malades opérés sur 204 (40,2 %) possédaient des antécédents héréditaires ulcéreux,

dont 53 sur 149 anciennement hospitalisés (35,6 %),
29 sur 55 de clientèle privée (52,7 %).

Si les facteurs génétiques interviennent manifestement dans la genèse de la maladie ulcéreuse, ils ne sont pas les seuls qui expliquent l'évolution plus ou moins sévère de la maladie.

2. Particularités séméiologiques :

Nous préciserons ici la topographie et le rythme évolutif

des ulcères qui ont conduit à l'intervention.

a) Sur 204 ulcères opérés nous comptons :

102 ulcères duodénaux (50 %),
68 ulcères gastriques (33,3 %),
23 ulcères multiples (11,3 %),
5 ulcères pyloriques (2,4 %).

Nous ignorons la topographie de l'ulcère dans 6 observations. Ces chiffres signifient aussi que :

67,6 % des ulcères multiples ont été opérés,
48,9 % des ulcères gastriques ont été opérés,
47,9 % des ulcères duodénaux ont été opérés,
41,7 % des ulcères pyloriques ont été opérés.

Dans un travail consacré aux résultats comparés du traitement médical et du traitement chirurgical de l'ulcère chez 175 sujets porteurs d'ulcère gastrique et duodénal associés, WELSH J.S. (24) observe que 62,8 % des malades ont été opérés. Ce chiffre est assez voisin du nôtre. Par contre, sur 238 malades hospitalisés avec le diagnostic d'ulcère gastrique et surveillés de 2 à 12 ans, de LAURENTIS D.A. (13) dénombre 161 opérés (67,7 %). Notons toutefois que nous avons groupé sous la dénomination « ulcères multiples » les ulcères gastrique et duodénal associés, mais aussi les ulcères gastriques multiples et les ulcères duodénaux multiples, ce qui rend aléatoire l'étude comparée des différentes statistiques.

b) Il ne semble pas que l'étude du rythme évolutif possède une valeur formelle en matière de pronostic puisque (si l'on exclut les cas où l'évolution spontanée ne dépassa pas un an), 41 ulcères « à étapes éloignées » sur 81 ont été opérés (50,6 %), et 135 ulcères « de type habituel » sur 293 (46,1 %). Nous pouvons cependant avancer que les ulcères à poussées espacées ne paraissent pas moins sévères que les autres.

3. Etude des indications opératoires :

a) Le pourcentage des malades opérés dans telle ou telle

forme d'ulcère donne un reflet assez exact de la gravité de la maladie dans la catégorie considérée : on conseille la chirurgie aux ulcéreux qui s'aggravent, à ceux qui sont victimes d'une complication, à ceux chez qui on redoute un cancer. En fait, pèsent aussi dans la décision d'autres facteurs dont les plus négligeables ne sont pas la personnalité du malade ni son comportement devant la maladie. Le plus souvent l'indication opératoire sera donc la résultante de plusieurs motifs associés et difficilement dissociables a posteriori.

Globalement, sur 204 malades :

87 ont été opérés du fait de la sévérité de l'ulcère ou du fait de son aggravation (= 42,7 %),

80 à cause d'une complication (= 39,2 %),

18 parce qu'un cancer gastrique était suspecté (= 8,8 %),

13 pour des raisons diverses (= 6,4 %).

Nous ignorons le motif de l'indication opératoire dans 6 observations.

— Dans le premier groupe, 20 malades présentaient un ulcère sévère depuis son apparition ; 67, un ulcère dont les poussées de plus en plus fréquentes, longues, douloureuses, rebelles à la thérapeutique, retentissaient de façon grave sur l'état général et la vie professionnelle.

— Parmi les complications qui ont nécessité une intervention nous comptons :

43 hémorragies,

23 sténoses (dont 4 accompagnées d'hémorragies),

14 perforations (dont 1 accompagnée d'hémorragies).

— En dehors du fait que l'ulcère gastrique répond souvent mal au traitement médical [BANKS B.M. (1), CAIN J.C. (3), FLOOD C.A. (6), LARSON N.E. (12), de LAURENTIS D.A. (13), SWYNNERTON B.F. (22)], c'est dans cette localisation, essentiellement lorsque la niche siège au niveau de la petite courbure horizontale, que le diagnostic se discute le plus avec un cancer. On ne tarde donc pas à proposer une intervention si un doute subsiste.

— Figurent dans le groupe des « raisons diverses » : l'an-

cienneté des symptômes, la découverte d'ulcères multiples sur les radiographies, le désir pressant de certains malades qui réclament une intervention, les « raisons sociales » (certains sujets, par exemple, ne peuvent suivre ni régime, ni traitement). Si ces motifs furent prépondérants dans 13 observations seulement, ils étaient associés aux indications majeures dans de nombreux dossiers.

b) Après combien de temps d'évolution les malades ont-ils été opérés ?

71 malades ont été opérés au cours des 4 premières années de l'évolution de leur maladie (soit 34,8 %),
ce qui correspond à 35,3 % des hommes opérés, à 32,5 % des femmes opérées ;

44 malades ont été opérés 5 à 9 ans après le début de leur maladie (soit 21,6 %),
(23,9 % des hommes opérés, 10,8 % des femmes opérées) ;

31 malades ont été opérés 10 à 14 ans après le début de leur maladie (soit 15,2 %),
(13,8 % des hommes opérés, 21,6 % des femmes opérées) ;

25 malades ont été opérés 15 à 19 ans après le début de leur maladie (soit 12,2 %),
(13,2 % des hommes opérés, 8,1 % des femmes opérées) ;

33 malades ont été opérés plus de 20 ans après le début de leur maladie (soit 16,2 %),
(13,8 % des hommes opérés, 27 % des femmes opérées).

Si l'intervention a été pratiquée pour 56,4 % des malades moins de 10 ans après le début de la maladie ulcéreuse, 16,2 % d'entre eux ont été opérés après une évolution de plus de 20 ans. C'est évidemment dans ce dernier groupe que nous comptons le plus grand nombre de décès post-opératoires. Cette constatation nous rend favorable à une extension des indications opératoires à l'âge moyen de la vie (spécialement chez la femme).

c) Il nous faut préciser enfin que l'indication opératoire a été posée dès le premier examen, par le Professeur LEVRAT ou ses Collaborateurs, chez 118 malades sur 204 (soit dans 57,8 %

des cas). Les autres malades ont été opérés à l'occasion d'un nouvel examen, ou à notre insu.

4. Nature du geste chirurgical réalisé.

Nous ne connaissons pas pour tous les malades la nature exacte du geste chirurgical pratiqué : en effet, beaucoup nous parlent de « gastrectomie » en répondant au questionnaire sans préciser quel type de gastrectomie a été réalisé. Néanmoins, d'après l'étude de 111 observations, il apparaît que la gastrectomie occupe de loin la première place.

97 gastrectomies ont été effectuées :

- 47 du type Polya,
- 40 du type Billroth II,
- 9 du type Finsterer,
- 1 du type Polaire supérieure,

11 gastro-entéro-anastomoses,

3 vagotomies avec gastro-entéro-anastomose.

(à l'heure actuelle, les opérations de Dragstedt seraient évidemment bien mieux représentées).

5. Résultats.

Nous nous sommes essentiellement intéressé aux résultats éloignés du traitement chirurgical de la maladie ulcéreuse. Par rapport à la date de l'intervention nous possédons un recul de :

- 1 à 4 ans dans 14 observations,
- 5 à 9 ans dans 32 observations,
- 10 à 14 ans dans 80 observations,
- 15 à 19 ans dans 21 observations,
- plus de 20 ans dans 16 observations.

Les résultats concernant la chirurgie à visée curatrice (gastrectomies, gastro-entéro-anastomoses, opération de Dragstedt) et la chirurgie à minima (sutures) de certaines perforations, seront exposés dans deux paragraphes différents.

a) *Résultats éloignés de la chirurgie à visée curatrice.*

Avant de dresser le bilan de l'état de ces 198 malades à la date des derniers renseignements obtenus, nous donnerons des précisions sur le cours de leur évolution post-opératoire jusqu'à cette date.

— *Du point de vue digestif :*

● Dans les années qui ont suivi l'intervention, il a été noté quelques *troubles fonctionnels* rattachés tantôt à un « syndrome du petit estomac » (2 fois), tantôt à un « dumping syndrome » (1 fois), à un mauvais fonctionnement de l'anse efférente (1 fois), à une stomite (au minimum 1 fois).

● 15 malades (dont 3 dans la période immédiatement post-opératoire) ont présenté une *hémorragie digestive* associée ou non à des manifestations douloureuses. Dans une observation un peu particulière (le sujet était porteur d'une maladie de Willebrandt), la gastrectomie n'a pas évité l'apparition de nouvelles hémorragies :

Monsieur HU... M. — Il existe deux ulcéreux certains dans sa famille ; hémorragies digestives de moyenne abondance en 1939 (34 ans), 1940, 1944, précédées habituellement d'une sensation de gêne épigastrique ; une gastrectomie réalisée en 1944 permet de découvrir un ulcère duodénal ; nouvelles hémorragies en 1948, 1951, 1952, 1955, 1957, 1959, accompagnées de vagues douleurs atypiques ; l'une d'elles survint après l'ingestion d'aspirine ; radiographies toujours négatives ; le malade n'a pas resaigné de 1959 à 1966.

● 5 malades ont été traités pour un *ulcère peptique* : ce dernier est apparu 4 fois après une gastrectomie de type Billroth II, 1 fois après une gastrectomie de type Polya.

● 8 malades ont été *réopérés* : 2 en raison d'un ulcère peptique ; 1 dans les suites rapprochées d'une gastrectomie polaire supérieure pour la correction d'une éventration diaphragmatique ; 2 dans le mois qui suivit une gastro-entéro-anastomose pour un motif inconnu ; nous ignorons également les motifs de l'indication opératoire dans trois autres cas de réintervention.

— *Le retentissement de la gastrectomie sur l'état général* n'est habituellement pas négligeable. Si nous avons rarement

rencontré une anémie ou un syndrome carenciel sévères dans les suites des gastrectomies subtotaux, nous avons observé fréquemment une perte de poids et une fatigabilité anormale définitives. 7 malades, d'ailleurs, ont été traités dans cette période pour une tuberculose ; 2 autres ont rechuté.

Cependant, nombre de malades opérés qui avaient connu des suites rapprochées troublées sont actuellement guéris. Aussi convient-il maintenant d'établir un *bilan à la lumière d'un long recul*.

Nous avons donc partagé les malades en quatre groupes :

1° 41 *sont morts* (dont 39 dans les suites immédiates de l'intervention). Nous avons déjà parlé d'eux.

Les autres ne sont pas guéris, vont mieux, ou s'estiment totalement guéris.

2° 26 *malades sur 198 (13,1 %) ne sont pas guéris*.

Certains décrivent des poussées douloureuses périodiques qui correspondent peut-être au développement d'un ulcère peptique ou à l'expression de l'ancien ulcère (lorsqu'une simple gastro-entéro-anastomose a été effectuée). D'autres souffrent de troubles fonctionnels divers directement en rapport avec l'acte chirurgical. Il est en fait assez difficile d'aller plus loin dans l'établissement du diagnostic d'après les seules réponses à un questionnaire. Néanmoins, et c'est leur point commun, aucun de ces malades ne se considère amélioré par l'intervention.

Notons cependant que le nombre des malades « non guéris » a été probablement majoré par notre mode de recrutement : en effet, certains malades revus à la consultation du service ou en clientèle privée dix ans ou davantage après le premier examen (le plus souvent pour des motifs liés à la maladie ulcéreuse) ont été inclus dans notre statistique.

Remarquons aussi que parmi les malades « non guéris » nous comptons 11 sujets « neurotoniques » (23 ont été opérés et sont en vie) et 5 éthyliques.

Quel était le siège de l'ulcère en cause ? Il s'agissait :

18 fois d'un ulcère duodénal (sur 102 ulcères duodénaux opérés : 17,6 %),

8 fois d'un ulcère gastrique (sur 66 ulcères gastriques opérés : 12,1 %).

De quel recul disposons-nous depuis le jour de la chirurgie ?

de 1 à 9 ans dans 5 observations,

de 10 à 19 ans dans 21 observations.

3° 13 malades sur 198 (6,6 %) déclarent aller mieux.

Nous rassemblons ici les réponses intermédiaires et toutes celles où la guérison n'apparaît pas tout à fait certaine. Il va sans dire que des malades également sincères apprécient différemment la douleur ressentie en fonction de leur tempérament, ce qui entraîne une part d'erreur inévitable dans l'interprétation des faits.

Quel était le siège de l'ulcère en cause ? Il s'agissait :

7 fois d'un ulcère duodénal (sur 102 opérés : 6,9 %),

4 fois d'un ulcère gastrique (sur 66 opérés : 6,1 %),

2 fois d'ulcères multiples (sur 23 opérés : 8,7 %).

De quel recul disposons-nous par rapport à l'intervention ?

de 1 à 9 ans dans 2 observations,

de 10 à 19 ans dans 8 observations,

de 20 à 29 ans dans 3 observations.

4° 118 malades sur 198 (59,1 %) se déclarent « guéris ».

Il nous semble tout d'abord plus aisé de parler de guérison « définitive » chez un sujet gastrectomisé depuis de longues années que chez un ulcéreux non opéré qui ne souffre plus.

La plupart des malades ont été guéris d'emblée. Ils ne suivent actuellement ni traitement, ni régime. Quelques-uns demeurent fidèles à un régime en vérité assez souple. Rarement, une intolérance au lait a été signalée.

21 malades ont ressenti des troubles fonctionnels assez sévères pendant les premières années qui ont suivi l'intervention. Deux, réopérés peu après une gastro-entéro-anastomose, sont guéris depuis la gastrectomie.

Quel était le siège de l'ulcère en cause ? Il s'agissait :

- 63 fois d'un ulcère duodénal (sur 102 opérés : 61,8 %),
- 35 fois d'un ulcère gastrique (sur 66 opérés : 53 %),
- 14 fois d'ulcères multiples (sur 23 opérés : 60,9 %),
- 4 fois d'un ulcère pylorique (sur 5 opérés : 80 %),
- 2 fois d'un ulcère de topographie inconnue.

De quel recul disposons-nous par rapport à l'intervention ?

- de 1 à 9 ans dans 38 observations,
- de 10 à 19 ans dans 69 observations,
- de plus de 20 ans dans 11 observations.

Sans vouloir discuter les avantages respectifs des différentes techniques chirurgicales, nous désirons souligner que 60 % environ des sujets opérés ont été définitivement guéris.

b) Résultats éloignés de la chirurgie « à minima » des perforations gastroduodénales.

7 malades ont été traités par simple suture.

1 malade traité par aspiration a été secondairement opéré pour drainage et méchage d'un abcès sous-phrénique secondaire à une perforation.

Quel a été l'avenir de ces 8 malades ?

2 ont été réopérés :

- le premier, dans les suites d'une nouvelle intervention (suture) pour perforation (ce malade figure dans le groupe des décès post-opératoires) ;
- le second a subi une gastrectomie. Il est guéri depuis 14 ans (ce malade figure dans le groupe des gastrectomisés).

Parmi les 6 autres sujets :

- 2 présentent encore des poussées douloureuses périodiques ;
- 1 ne s'estime pas complètement guéri ;
- 3 sont guéris (depuis 8, 13 et 14 ans).

Il ne nous est pas possible de porter un jugement à partir

d'un nombre aussi réduit de perforations traitées par suture. Dans une importante statistique groupant 94 malades revus 8 à 19 ans après l'opération, LEVRAT M. et Coll. (19) observent que la moitié des sujets environ ne présente plus de manifestations ulcéreuses après cette intervention.

※※

c) Nous concluerons ce chapitre en résumant dans trois tableaux les résultats éloignés de la chirurgie chez 204 malades opérés (cf. tableaux n^{os} 2, 3, 4).

Ces résultats sont présentés en tenant compte de la provenance des malades (malades de l'hôpital, malades de clientèle privée), de leur sexe, de la topographie de l'ulcère en cause.

	MALADES HOSPITALISÉS		MALADES DE CLIENTÈLE PRIVÉE		TOTAL	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Décédés	38	25,5	3	5,5	41	20,1
Non guéris ...	14	9,4	14	25,4	28	13,7
Vont mieux ...	10	6,7	4	7,3	14	6,9
Guéris	87	58,4	34	61,8	121	59,3
<i>Total</i>	149	100	55	100	204	100

Tableau 2. — Résultats éloignés de la chirurgie dans l'ulcère gastro-duodénal. Etude comparée des statistiques hospitalière et de clientèle privée.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Décédés	29	17,4	12	32,4
Non guéris ..	24	14,4	4	10,8
Vont mieux ..	11	6,5	3	8,1
Guéris	103	61,7	18	48,7
<i>Total</i> ...	167	100	37	100

Tableau 3. — Résultats éloignés de la chirurgie dans l'ulcère gastro-duodénal chez l'homme et chez la femme.

	Ulcère gastrique		Ulcère pylorique		Ulcère duodénal		Ulcères multiples		Ulcères de topographie inconnue	
	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%
Décédés	19	27,9	1	20	14	13,7	7	30,4		
Non guéris	8	11,8			18	17,6			2	33,3
Vont mieux	5	7,3			7	6,9	2	8,7		
Guéris	36	53	4	80	63	61,8	14	60,9	4	66,7
<i>Total</i>	68	100	5	100	102	100	23	100	6	100

Tableau 4. — Résultats éloignés de la chirurgie dans l'ulcère gastro-duodénal en fonction de la topographie de l'ulcère.

**

Au total, les résultats obtenus par la chirurgie sont satisfaisants puisque 13,7 % des malades seulement ne sont pas satisfaits de l'intervention, tandis que 59,3 % s'estiment guéris. La mortalité post-opératoire est certes très élevée dans notre statistique mais il est certain qu'elle s'est considérablement abaissée de nos jours.

Avant de conclure définitivement il nous faut cependant étudier le devenir de l'ulcère non opéré.

C) RESULTATS ELOIGNES DU TRAITEMENT MEDICAL DANS LA MALADIE ULCEREUSE

217 malades sur 421 (51,6 %) n'ont jamais été opérés jusqu'à ce jour :

123 malades anciennement hospitalisés sur 272 : 54,8 %,
94 malades de clientèle privée sur 149 : 63,1 %,
154 hommes sur 321 : 48 %,
63 femmes sur 100 : 63 %.

Nous ne reprendrons pas ici l'étude détaillée des particularités étiologiques et séméiologiques des malades non opérés : elle a été exposée en négatif dans le précédent paragraphe.

Après avoir précisé le retentissement possible de la maladie ulcéreuse sur l'état général et sur la vie professionnelle (1), nous dresserons le bilan à long terme du traitement médical (2). Nous consacrerons notre dernier paragraphe (3) à une analyse plus approfondie du groupe des malades non opérés et « guéris ».

1. Si l'on exclut l'apparition toujours possible d'une complication ou d'une aggravation, la maladie ulcéreuse n'est que rarement très invalidante.

Le repos, un régime strict, une thérapeutique banale atténuent en général efficacement la poussée douloureuse. Les quelques kilos éventuellement perdus sont rapidement repris.

Cependant, il semble que l'ulcéreux demeure un sujet fragile : 9 malades ont été traités pour une tuberculose ; 1 malade a rechuté au cours de l'évolution de l'ulcère ; au total, 42 malades sur 421 (10 %) ont présenté une tuberculose avant ou après l'apparition de l'ulcère.

Sur le plan professionnel, certains (une minorité) arrêtent leur travail au moment des poussées douloureuses ; 10, à notre connaissance, ont été obligés d'interrompre longuement leur travail ou de changer d'emploi.

2. Nous avons réparti nos malades en 4 groupes en fonction des résultats obtenus par le traitement médical.

1° 21 malades sont morts d'une complication de la maladie ulcéreuse. Nous avons déjà parlé d'eux.

2° 75 malades sur 217 (34,6 %) ne sont pas guéris.

2 connaissent actuellement une période d'aggravation.

Les autres présentent périodiquement des manifestations de nature ulcéreuse.

Notons à propos de ces malades que si la thérapeutique habituellement prescrite (repos, régime, atropine, bismuth) enrayer les poussées douloureuses, elle n'évite pas leur réapparition. De plus, nous pensons que le repos et le régime comptent autant que les médicaments eux-mêmes. HEULLY (8) estime cependant que les malades qui suivent régulièrement un traitement d'entretien évoluent plus fréquemment que les autres vers la « guérison ». Il nous semble davantage avec KRARUP N.B. (9) que l'efficacité seulement relative du traitement médical est d'autant plus évidente que le temps de surveillance des malades est plus long.

Enfin, sur 52 hommes non opérés et non guéris, nous comptons 19 éthyliques (soit 36,5 %). (Il existe une proportion de 20 % d'éthyliques sur l'ensemble des sujets de sexe masculin.)

Quel était le siège de l'ulcère en cause ? Il s'agissait :

43 fois d'un ulcère duodénal (sur 111 non opérés : 38,7 %),

19 fois d'un ulcère gastrique (sur 71 non opérés : 26,7 %).

4 fois d'ulcères multiples (sur 11 non opérés : 36,4 %),

4 fois d'un ulcère pylorique (sur 7 non opérés : 57,2 %),

5 fois d'un ulcère de topographie inconnue.

3° 38 malades sur 217 (17,5 %) déclarent aller mieux.

Leur ulcère siégeait :

27 fois au niveau du duodénum (24,3 % des ulcères duodénaux non opérés),

8 fois au niveau de l'estomac (11,3 %),

2 fois les ulcères étaient multiples (18,2 %),

dans une observation, la topographie de l'ulcère était inconnue.

4° 83 malades sur 217 (38,2 %) se déclarent « guéris ».

Il est bien entendu que nous considérons ici l'état des mala-

des à la date des derniers renseignements obtenus. En effet, il ne semble pas qu'un ulcéreux puisse un jour se sentir à l'abri d'une rechute ou d'une complication (nous avons rencontré des ulcères « à étapes éloignées » dont les manifestations étaient distantes de plus de 10 ans). Rechutes et complications peuvent survenir spontanément. Néanmoins, elles sont souvent secondaires à un choc émotif ou à l'utilisation de certains médicaments (aspirine, phénylbutazone, corticoïdes, réserpine). Il sera donc nécessaire de déconseiller ces médicaments aux malades qui se trouvent dans un état apparent de guérison (autant qu'à ceux dont les poussées se répètent encore).

Quel était le siège de l'ulcère en cause ? Il s'agissait :

36 fois d'un ulcère duodénal (32,5 % des ulcères duodénaux non opérés),

33 fois d'un ulcère gastrique (46,5 %),

4 fois d'ulcères multiples (36,4 %),

3 fois d'un ulcère pylorique (42,8 %),

7 fois d'un ulcère de topographie inconnue.

De quel recul disposons-nous depuis le début de la « guérison » ? :

de 1 à 9 ans dans 30 observations,

de 10 à 19 ans dans 41 observations,

de 20 à 29 ans dans 3 observations.

Nous ne connaissons pas la durée exacte de la guérison dans 9 observations.

Il est à remarquer que nous possédons un plus grand recul pour les malades opérés que pour les malades non opérés.

Voici, résumés dans trois tableaux, les résultats énoncés ci-dessus (cf. tableaux n^{os} 5, 6, 7).

	MALADES HOSPITALISÉS		MALADES DE CLIENTÈLE PRIVÉE		TOTAL	
	Nbre de mal.	%	Nbre de mal.	%	Nbre de mal.	%
Non guéris	17	13,8	4	4,2	21	9,7
Décédés	38	30,9	37	39,4	75	34,6
Vont mieux	19	15,4	19	20,2	38	17,5
Guéris	49	39,9	34	36,2	83	38,2
<i>Total</i>	123	100	94	100	217	100

Tableau 5. — Bilan éloigné de l'évolution de l'ulcère gastroduodénal non opéré.
Etude comparée des statistiques hospitalière et de clientèle privée.

	HOMMES		FEMMES	
	Nombre de malades	%	Nombre de malades	%
Décédés	15	9,7	6	9,5
Non guéris	52	33,8	23	36,5
Vont mieux	30	19,5	8	12,7
Guéris	57	37	26	41,3
<i>Total</i>	154	100	63	100

Tableau 6. — Bilan éloigné de l'évolution de l'ulcère gastroduodénal non opéré chez l'homme et chez la femme.

	Ulcère gastrique		Ulcère pylorique		Ulcère duodénal		Ulcères multiples		Ulcères de topographie inconnue	
	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%	Nbr. de mal.	%
Décédés	11	15,5			5	4,5	1	9	4	23,5
Non guéris ..	19	26,7	4	57,2	43	38,7	4	36,4	5	29,4
Vont mieux ..	8	11,3			27	24,3	2	18,2	1	5,9
Guéris	33	46,5	3	42,8	36	32,5	4	36,4	7	41,2
<i>Total</i> ..	71	100	7	100	111	100	11	100	17	100

Tableau 7. — Bilan éloigné de l'évolution de l'ulcère gastroduodénal non opéré en fonction de la topographie de l'ulcère.

Au terme de ce paragraphe nous constatons que, mise à part une mortalité liée à la maladie ulcéreuse plus élevée chez les malades hospitalisés que chez ceux de clientèle privée, les résultats sont assez comparables dans les deux statistiques : parmi les sujets non opérés nous comptons presque autant de malades non « guéris » (34,6 %) que de malades « guéris » (38,2 %).

3. Avant de conclure définitivement nous rassemblerons dans un dernier paragraphe les particularités étiologiques et séméiologiques concernant les malades non opérés et « guéris ».

Nous donnerons tout d'abord les résultats globaux obtenus chez les sujets opérés et non opérés en se rapportant au nombre total des patients de notre enquête. Sur 421 malades :

sont morts, 41 malades opérés (= 9,7 %) ; 21 non opérés (= 5 %),

ne sont pas guéris, 28 malades opérés (= 6,7 %) ; 75 non opérés (= 17,8 %),

vont mieux, 14 malades opérés (= 3,3 %) ; 38 malades non opérés (= 9 %),

sont guéris, 121 malades opérés (= 28,8 %) ; 83 non opérés (= 19,7 %).

Les malades non opérés et guéris représentent donc, seulement, 19,7 % de l'ensemble des malades.

● Nous dénombrons parmi eux :

49 malades anciennement hospitalisés sur 272 (18 %),
34 malades de clientèle privée sur 149 (22,8 %).

57 hommes sur 321 (17,7 %),
26 femmes sur 100 (26 %).

● La maladie ulcéreuse débuta chez eux, en moyenne, à 42 ans (à 40 ans et 4 mois chez l'ensemble des malades) :

avant 29 ans dans 20 observations,
de 30 à 49 ans dans 37 observations,
de 50 à 69 ans dans 24 observations,
après 70 ans dans 2 observations.

● Nous avons plus fréquemment observé une guérison dans les catégories sociales « favorisées » que dans les autres :

13 « cadres » sur 57 sont « guéris » (22,8 %),
43 (agriculteurs, « manœuvres », « artisans ») sur 252
(17,1 %).

● Nous avons rencontré *des antécédents héréditaires ulcéreux* chez 31 malades guéris sur 83 (37,3 %) (chez 55 % de l'ensemble des malades).

— *un alcoolisme avoué* chez 12 malades guéris de sexe masculin sur 57 (21 %) (chez 30 % de l'ensemble des hommes. Ce chiffre comprend les sujets devenus alcooliques depuis le début de leur maladie ulcéreuse).

— *une dystonie neurovégétative* chez 12 % des sujets guéris (chez 13 % de l'ensemble des malades).

- 33 ulcères gastriques sur 139 ont guéri (23,7 %)
- 3 ulcères pyloriques sur 12 (25 %)
- 36 ulcères duodénaux sur 213 (16,9 %)
- 4 ulcères multiples sur 34 (11,8 %)

dans 7 observations nous ne connaissons pas la topographie de l'ulcère.

● Il ne nous semble pas que l'étude du « rythme évolutif » de l'ulcère possède une valeur déterminante en matière de pronostic.

● Enfin, parmi les 83 malades « guéris », 24 ont présenté une ou plusieurs hémorragies (soit 28,9 %) (une hémorragie a été observée chez 34,9 % de l'ensemble des malades).

Il s'agissait de 12 hommes et de 12 femmes.

La plupart d'entre eux n'ont saigné qu'une seule fois :
18 malades sur 24 (75 %), tandis que les hémorragies uniques ne groupent que 59,1 % de l'ensemble des malades qui ont saigné.

Bien que les différences notées entre le groupe des malades « guéris » sans avoir été opérés et l'ensemble des malades soient minimales, nous pensons que les facteurs suivants peuvent être considérés comme des éléments de pronostic relativement meilleur (les conclusions de KRAUSE U. (10) sont d'ailleurs assez superposables aux nôtres) :

- 1° absence d'hérédité ulcéreuse ;
- 2° sexe féminin (rappelons cependant que les complications sont plus fréquentes et plus graves chez la femme : il semble que chez elle l'ulcère soit ou sévère ou bénin) ;
- 3° début de la maladie après 35 ans ;
- 4° siège gastrique ou pylorique ;
- 5° durée d'évolution brève de la maladie : parmi les 83 malades non opérés et guéris, 44 (53 %) ont vu leur ulcère évoluer spontanément de 1 à 9 ans (36,8 % seulement de l'ensemble des malades ont eu une évolution spontanée de moins de 10 ans) ;
- 6° absence d'hémorragie ;
- 7° bonnes conditions de traitement : repos possible, régime bien suivi, aucun alcoolisme.

Néanmoins, nous l'avons répété tout au long de ce travail, l'évolution de l'ulcère, pour une personne donnée, demeure tout à fait imprévisible, même si les meilleures conditions sont réunies.

Nous ne pouvons donc pas conclure en proposant des indications thérapeutiques trop schématiques : chaque malade représente un problème particulier de telle sorte que les arguments contradictoires doivent être judicieusement pesés avant d'arrêter pour lui une décision thérapeutique.



CHAPITRE IV

NOTRE POSITION THERAPEUTIQUE ACTUELLE

Sans vouloir énoncer des règles strictes, nous exposerons comme suit nos tendances :

A) INDICATIONS DU TRAITEMENT MEDICAL

Pour être efficace, le traitement médical doit être scrupuleusement observé ainsi que les directives hygiéno-diététiques. Il semble également nécessaire de prescrire un traitement d'entretien, mais nous pensons qu'en l'absence de repos et de régime bien suivi (même en période de calme apparent), ce traitement médicamenteux serait privé d'une partie de ses effets. Cependant, quel que soit l'intérêt de ces prescriptions, il faut bien avouer que dans le domaine de la maladie ulcéreuse l'arsenal thérapeutique s'est peu enrichi au cours des dernières années. S'il est possible de juguler assez aisément la poussée douloureuse, il ne nous est pas encore donné de modifier à coup sûr, à longue échéance, le cours de cette maladie.

Ces réserves étant posées nous aurions tendance à traiter médicalement les malades qui remplissent les conditions suivantes :

— il s'agit des premières manifestations d'un ulcère de « type habituel » ;

— l'ulcère a débuté à un âge avancé ;

— l'ulcère évolue progressivement vers une amélioration.

B) INDICATIONS DU TRAITEMENT CHIRURGICAL

1. *En faveur de la chirurgie deux arguments généraux sont à considérer.*

a) La chirurgie donne des résultats plus favorables que ceux que l'on peut espérer de l'évolution spontanée de la maladie :

- 59,3 % de malades guéris parmi ceux qui ont été opérés,
- 38,2 % de malades guéris parmi ceux qui n'ont pas été opérés ;
- 13,7 % de malades non guéris parmi ceux qui ont été opérés,
- 34,6 % de malades non guéris parmi ceux qui n'ont pas été opérés.

b) La chirurgie est devenue moins grave qu'auparavant : même si ces faits ne peuvent ressortir de notre statistique qui groupe des malades trop anciennement examinés, il paraît évident que la mortalité post-opératoire est à l'heure actuelle très inférieure à ce qu'elle était il y a dix ou quinze ans. Ceci peut être attribué à une meilleure sélection des indications opératoires, aux progrès réalisés dans le domaine de la réanimation et de la lutte contre l'infection, aux techniques moins mutilantes dont nous disposons (opération de Dragstedt, par exemple).

2. *Par ailleurs*, en dehors du problème particulier des indications posées en urgence, les faits suivants devraient plaider, à notre avis, en faveur d'un traitement chirurgical :

- la maladie ulcéreuse évolue depuis plusieurs années sans changement, ou s'aggrave, malgré un traitement médical bien suivi ;
- il existe des ulcéreux dans la famille du sujet ;
- le contexte social ou professionnel laisse prévoir que les conseils hygiéno-diététiques ne seront pas respectés. Cette remarque nous amènerait donc à envisager plus facilement la chirurgie chez les hommes que chez les femmes,

encore que l'absence de régime puisse être également funeste après une intervention ;

— le malade a déjà présenté des hémorragies digestives.

L'association de plusieurs de ces facteurs devrait orienter encore plus nettement le thérapeute vers un geste chirurgical.

*
* *

Il nous semble en définitive qu'au cours des 20 dernières années il a été accompli davantage de progrès dans le traitement chirurgical que dans le traitement médical de l'ulcère gastroduodénal. S'il est donc logique d'envisager la chirurgie avec moins de crainte que précédemment, il ne serait cependant pas souhaitable d'étendre ses indications au-delà des limites que nous avons définies, car la maladie ulcéreuse guérit spontanément dans un pourcentage non négligeable de cas.



CONCLUSIONS

— Nous nous sommes attaché dans ce travail à l'étude de l'évolution éloignée des ulcères gastroduodénaux. Nous avons pour cela revu ou interrogé par écrit, 421 malades chez lesquels le diagnostic d'ulcère avait été porté plus de dix ans auparavant. 272 d'entre eux avaient été hospitalisés, alors que 149 autres étaient des malades de clientèle privée. Nous pensons que l'adjonction de ces derniers malades donne de la gravité réelle de l'ulcère un reflet plus exact. Il nous manque cependant de connaître l'évolution des ulcères vus et traités par un médecin de médecine générale, évolution vraisemblablement moins sévère que celle que nous avons observée.

— Il apparaît que la maladie ne débute par un syndrome ulcéreux cliniquement typique que dans 60 % des cas. Quant à la répétition des périodes douloureuses, elle suit un rythme variable : si 69,6 % des ulcères ont une évolution habituelle marquée par une ou deux poussées annuelles, 19,2 % d'entre eux ne connaissent que des poussées beaucoup plus espacées, alors que 11,2 % des ulcères évoluent spontanément moins d'un an. L'étude du profil évolutif de la maladie (amélioration, stabilisation ou aggravation des manifestations douloureuses) possède une valeur seulement relative en matière de pronostic puisque les complications peuvent, en principe, survenir à tous moments.

— La longue période d'observation dont nous disposons a laissé aux complications de la maladie ulcéreuse le temps d'apparaître. Elles atteignent au total 43 % des malades. Elles sont surtout de type hémorragique. Elles nous semblent un peu plus fréquentes chez la femme, dans les ulcères gastriques ou multiples, chez les alcooliques.

— D'après notre bilan de l'évolution, établi dix ans au moins après le premier examen, nous constatons que sur 421 malades :

204 ont été opérés (48,4 %) ; parmi eux :

41 sont décédés (20,1 %),
28 ne sont pas guéris (13,7 %),
14 vont mieux (6,9 %),
121 sont guéris (59,3 %).

La mortalité opératoire élevée (19,1 %) s'explique par le fait que nos observations ont été recueillies à une époque où la chirurgie ne disposait pas des méthodes actuelles (réanimation insuffisante, absence d'antibiotiques) ; par ailleurs, nombre de malades ont été opérés pour un ulcère compliqué.

217 n'ont jamais été opérés jusqu'à ce jour (51,6 %) ; parmi eux :

21 sont décédés (9,7 %),
75 ne sont pas guéris (34,6 %),
38 vont mieux (17,5 %),
83 sont guéris (38,2 %).

— Cette proportion de malades guéris médicalement est faible. Il ne semble pas que l'observation même stricte d'un traitement médical au long cours suffise à assurer la guérison d'un ulcéreux.

— Cette constatation est un des arguments qui nous inviteraient à une attitude plus chirurgicale en matière d'ulcère. D'autres facteurs contribuent à nous influencer dans le même sens : notamment la régression évidente du risque opératoire et l'introduction de techniques chirurgicales moins mutilantes (Dragstedt). Cependant, notre position demeure nuancée ; le devenir de la maladie ulcéreuse reste chez tout malade partiellement imprévisible.



Le Président de la Thèse :
Pr LEVRAT.

VU, le Doyen :
J.-F. CIER

VU et permis d'imprimer :
LYON, le 1^{er} Décembre 1966.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université :
P. LOUIS

BIBLIOGRAPHIE

Nous nous sommes limité, principalement, au sujet de notre travail.

1. BANKS B.M., ZETZEL L. — Prognosis in gastric ulcer treated conservatively. *New Engl. J. Med.* : (248), 1008-1013, 1953.
2. BROOKS J.R., ERAKLIS A.J. — Factors affecting the mortality from peptic ulcer. The bleeding ulcer and ulcer in the aged. *New Engl. J. Med.* : (271), 803-809, 1964.
3. CAIN J.C., JORDAN G.L., COMFORT M.W., GRAY H.K. — Medically treated small gastric ulcer : five year follow up study of 414 patients. *J.A.M.A.* : (150), 781-784, 1952.
4. DEMOLE M. — Maladie ulcéreuse du duodénum sans ulcère-lésion. *Arch. Mal. App. Digest.* : (49), 426-430, 1960.
5. DUBARRY J.J., TOURNERIE J., AUCHE Y. — Quand faut-il opérer une ulcération gastroduodénale ? *La Clinique* : (57), 403-406, 1962.
6. FLOOD C.A., HENNIG G.C. — Recurrence in gastric ulcer under medical management. *Gastroenterology* : (16), 57-69, 1950.
7. FODOR O. — Quelques problèmes relatifs à la phase préulcéreuse de la maladie ulcéreuse. *Acta Gastro Entér. Belg.* : (27), 19-31, 1964.
8. HEULLY F., DORNIER R. — Etude statistique de 311 cas d'ulcères gastroduodénaux suivis à la consultation de gastroentérologie de la S.N.C.F. *Ann. Méd. Nancy* : (3), 298-310, 1964.
9. KRARUP N.B. — On the results of the medical treatment of peptic ulcer. *Acta Med. Scand.* : (123), 181-207, 1946.
10. KRAUSE U. — Long term results of medical and surgical treatment of peptic ulcer. *Acta Chirur. Scand. Suppl.* : (310), 1-111, 1963.
11. LAMBERT R. — Les aspects récents de l'ulcère expérimental. *Arnette* Edit., Paris, 1958.
12. LARSON N.E., CAIN J.C., BARTHOLOMEW L.G. — Prognosis of the medically treated small gastric ulcer. *New England J. Med.* : (264), 119-123, 1961.

13. DE LAURENTIS D.A., ROSEMOND G.P. — The clinical course of 250 gastric ulcer patients. *Archives of Surgery* : (83), 674-680, 1961.
14. LEVRAT M., LAMBERT R., TISSOT A. — Hérité de l'ulcère gastro-duodénal et cas multiples familiaux. *Journal de Génétique Humaine* : (11), 22-50- 1962.
15. LEVRAT M., LAMBERT R., MARTIN F. — Les hémorragies des ulcères gastroduodénaux. *Arch. Mal. App. Digest.* : (50), 865-878, 1961.
16. LEVRAT M., PASQUIER N., PASQUIER J. — Influence de l'alcoolisme sur l'évolution des hémorragies gastroduodénales. *Arch. Mal. App. Digest.* : (47), 578-581, 1958.
17. LEVRAT M., LAMBERT R. — Hémorragies digestives d'origine médicamenteuse. *Arch. Mal. App. Digest.* : (48), 323-337, 1959.
18. LEVRAT M., PASQUIER J., TISSOT A., LAMBERT R., HALLACQ A. — Evolution de l'ulcère gastroduodénal au-delà de 60 ans. *Arch. Mal. App. Digest.* : (52), 1081-1094, 1963.
19. LEVRAT M., MOULINIER B., PASQUIER J., LAMBERT R. — Evolution éloignée des ulcères gastroduodénaux perforés traités par suture. *Arch. Mal. App. Digest.* : (53), 1197-1204, 1964.
20. MOSBECH J. — Mortality from peptic ulcer. *Danish Medical Bulletin* : (11), 56-59, 1964.
21. ROUBILLE R. — Fréquence des ulcères gastroduodénaux chez les mineurs du bassin du fer de Lorraine. *Arch. Mal. Prof.* : (24), 728-731, 1963.
22. SWYNNERTON B.F., TANNER N.C. — Chronic gastric ulcer. *Brit. Med. J.* : (2), 841-847, 1953.
23. THOMSON F.B., Mc DOUGALL E.P., Mc INTYRE D.I. — Follow up study of 500 patients with chronic duodenal ulcer admitted to a veterans Hospital. *Surg. Gyn. Obs.* : (110), 51-54, 1960.
24. WELSH J.S., FLOYD C.E., Mc KEON J.A., MOORE K., COHN I. — Combined gastric and duodenal ulcer. Comparaison of medical and surgical treatment. *The American Surgeon* : (31), 590-594, 1965.
25. WESTLUND K. — Mortality of peptic ulcer patients. *Acta Med. Scand. Suppl.* : (402), 1-71, 1963.

TABLE DES MATIERES

	Pages
INTRODUCTION	19
CHAPITRE I. — MÉTHODE DE TRAVAIL	23
CHAPITRE II. — EVOLUTION SPONTANÉE DE LA MALADIE ULCÉREUSE ..	33
A) <i>Données étiologiques</i>	35
1° Sexe et âge de début	35
2° Profession exercée	36
3° Antécédents ulcéreux familiaux	37
4° Antécédents personnels	38
B) <i>Données séméiologiques</i>	39
1° Données topographiques	39
2° Données cliniques	42
a) Modes de début de la maladie ulcéreuse ..	42
b) Manifestations cliniques de l'ulcère gastro-	
duodénal	43
c) Rythme évolutif de la poussée ulcéreuse ..	45
C) <i>Profil évolutif de la maladie ulcéreuse</i>	48
1° Etude isolée des ulcères aigus et des ulcères à	
évolution spontanée brève	49
2° Evolution spontanée vers une amélioration	50
3° Evolution spontanée stable	52
4° Evolution spontanée vers une aggravation	55
D) <i>Place des Complications dans l'évolution de la maladie</i>	
<i>ulcéreuse</i>	59
1° Les hémorragies digestives	59
2° Les sténoses	63
3° Les perforations	64
CHAPITRE III. — BILAN DE L'ÉVOLUTION DIX ANS, AU MOINS, APRÈS LE	
PREMIER EXAMEN	69
A) <i>Etude de la mortalité</i>	71
1° Mortalité liée aux complications de la maladie	
ulcéreuse	72
2° Mortalité liée à la chirurgie	73
B) <i>Résultats éloignés du traitement chirurgical dans la maladie</i>	
<i>ulcéreuse</i>	76
1° Particularités étiologiques concernant les malades	
opérés	77

2° Particularités séméiologiques concernant les malades opérés	78
3° Etude des indications opératoires	79
4° Nature du geste chirurgical réalisé	82
5° Résultats	82
a) Résultats éloignés de la chirurgie à visée curatrice	83
b) Résultats éloignés de la chirurgie « a minima » des perforations gastroduodénales	86
c) Résultats globaux	87
C) <i>Résultats éloignés du traitement médical dans la maladie ulcéreuse</i>	88
1° Retentissement de la maladie ulcéreuse sur l'état général et sur la vie professionnelle	89
2° Résultats à long terme du traitement médical	89
3° Particularités étiologiques et séméiologiques concernant les malades non opérés et « guéris »	93
CHAPITRE IV. — NOTRE POSITION THÉRAPEUTIQUE ACTUELLE	97
A) <i>Indications du traitement médical</i>	99
B) <i>Indications du traitement chirurgical</i>	100
CONCLUSIONS	103
BIBLIOGRAPHIE	107



